Nr. 26. 24. czerwca 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI, Dr. M. OSTROWSKI, Dr. A. ŚLĄCZKA. Kraków.

O nakłuciu podpotylicznem i myelografji.

Z Oddziału VI Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. Artwiński.

Do niedawna zasadniczą, a właściwie — praktycznie rzecz biorąc — jedyną drogą, którą dostawaliśmy się do przestrzeni podpajęczynówkowej, było nakłucie lędźwiowe. Tymczasem potężny rozwój djagnostyki neurologicznej lat ostatnich a na nieostatniem miejscu również i wskazania czysto lecznicze zmusiły nas do szukania innych, jaknajwyżej t. j. jaknajbliżej mózgu położonych wrót do *cavum subarachnoidale*. Wrota takie otwarło nam nakłucie podpotyliczne które wprowadzone w r. 1919 przez amerykańskiego chirurga Ayera — zyskało sobie wkrótce powszechne prawo obywatelstwa i może być śmiało uważane za jedną z najważniejszych zdobyczy djagnostyki neurologicznej lat ostatnich. Pierwszym właściwie autorem, który metodę tę polecał celem uzyskiwania płynu mózgo-rdzeniowego z miejsca sąsiadującego jak najbliżej z ogniskiem chorobowem, był Obregia w r. 1908. W kilka lat później próbował tej drogi Eden. Ostatecznie jednak dopiero Ayer opracował dokładnie technikę zabiegu i odpowiednio uprościł, wypróbowawszy ją na bogatym materjale przeszło 1000 wypadków. Do rozpowszechnienia i udostępnienia tej metody przyczynił się w znacznej mierze Eskuchen wprowadzając w r. 1923 zasadniczą zmianę, zmierzającą do ułatwienia zabiegu i uczynienia go mniej ryzykownym.

Nakłucie podpotylicze wprowadza nas do zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego, zwanego także zbiornikiem wielkim *(cisterna magna)* ponieważ jest największym ze wszystkich zbiorników mózgowych. Jest to duży zbiornik płynu mózgordzeniowego położony między móżdżkiem a rdzeniem przedłużonym, a zawdzięczający swe istnienie temu, że *arachnoidea*, która na mózgu i móżdżku jest ściśle połączona z *pia mater* i tworzy z nią właściwie jedną całość *(leptomeninx)*, zrywa z nią łączność w miejscu, gdzie tylna powierzchnia móżdżku zagina się ku przodowi i podczas gdy *pia* biegnie na powierzchni móżdżku ku *tela chorioidea* komory czwartej, *arachnoidea* łączy się z oponą twardą i wraz z nią przerzuca się mostem ku tylnej powierzchni rdzenia przedłużonego.

W ten sposób między móżdżkiem a rdzeniem przedłużonym powstaje zbiornik płynu, którego ściany tworzy: od przodu rdzeń przedłużony i *tela chorioidea* komory czwartej, od tylu zaś: górą móżdżek, — dołem natomiast dach utworzony z połączonych ze sobą opon *(arachnoidea i dura mater)*, do których od zewnątrz przylega *membrana atlantooccipitalis* łącząca tylny brzeg *foramen occipitale magnum* z łukiem tylnym atlasu. Na przekroju strzałkowym zbiornik ma kształt trójkąta, którego szczyt przypada w miejscu połączenia się *arachnoideae z dura*. Ku górze i dołowi sterczą dwa uchyłki: *recessus superior et inferior*. Głębokość zbiornika, t. j. odległość szczytu trójkąta od jego podstawy wynosi średnio 1,5 cm i to przy najkorzystniejszem ułożeniu tj. pochyleniu głowy ku przodowi i średniem napięciu więzadła karkowego. Przy normalnem, swobodnem ułożeniu głowy, ściany cysterny wiotczeją, i głębokość jej kurczy się do 2—2,5 mm. Pojemność cysterny podają autorzy średnio na 1 cm³.

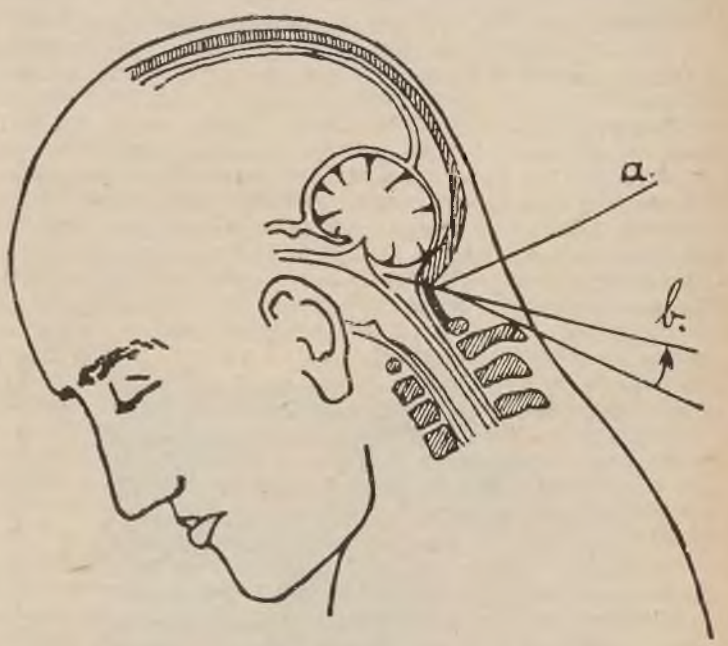
Zasadniczo posiadamy dwie metody nakłuwania cysterny móżdżkowo-rdzeniowej. Pierwsza z nich podana przez Ayera i używana przez twórcę myelografji Sicard'a polega na tem, że przy pochyleniu głowy ku przodowi i średniem napięciu więzadła karkowego wbijamy igłę tuż pod guzowatością potyliczną zewnętrzną w linji środkowej karku i mniej więcej prostopadle do powierzchni skóry. Ryc. 1 a.

Odległość zbiornika od powierzchni skóry wynosi w tym przypadku u mężczyzn średnio 4,5—5 cm, u kobiet 3,5—4 cm; na tej zatem głębokości dostajemy płyn mózgowo-rdzeniowy.

Dostanie się do zbiornika wyczuwa się zwykle w palcach, albowiem napięta *membrana atlantooccipitalis* jest błoną dość sztywną i przy przebijaniu jej, ręka operatora odbiera charakterystyczne wrażenie pokonywanego oporu.

Metoda powyższa przy całej swej prostocie ma kilka słabych stron. Przedewszystkiem orjentacja według punktu kostnego jest tutaj bardzo ogólnikowa i niedostateczna: nigdy niewiadomo, na jakiej się jest właściwie odległości od dolnego brzegu kości potylicznej i na jakiej wysokości igła wchodzi do zbiornika. Zwykle będzie to dolny uchyłek, igła zaś wchodzi w kierunku najkrótszego jego wymiaru, stąd też przy niedość ostrożnem postępowaniu możliwem jest uszkodzenie rdzenia wzgl. rdzenia przedłużonego leżącego tuż pod igłą. Wreszcie charakterystyczny moment przebicia błony szczytowo-potylicznej *(membrana atlantooccipitalis)* niezawsze daje się wyczuć, albowiem — jak podnosi Sarbó — tylko górna część błony jest twardą i daje należyty opór, natomiast przeciwnie, dolna jej część jest bardzo cienka, to też przy przebijaniu jej można wcale nie natrafić na opór i zupełnie niespodzianie znaleźć się w zbiorniku.

Drugi sposób nakłucia podpotylicznego jest odmianą Wartenberga pierwotnego sposobu Eskuchena. Eskuchen polecał wyczuć palcem guzek tylny atlasu, względnie u osób zbyt otyłych wyrostek ościsty drugiego kręgu szyjnego i tuż ponad nim wbijać igłę,



Ryc. 1.

kierując jej ostrze nieco ku górze. Otóż Wartenberg zwraca słusznie uwagę, że guzek tylny atlasu daje się tylko wyjątkowo wymacać u osób nadmiernie wychudzonych: to, co wyczuwamy pod palcem, to jest z reguły wyrostek ościsty II-ego kr. szyjnego, a wkłuwając igłę tuż ponad nim możemy łatwo dostać się w przestrzeń między atlasem a II-im kr. szyjnym, w następstwie czego nie trafiamy do zbiornika i łatwo możemy uszkodzić rdzeń z powodu nieznacznej w tem miejscu głębokości przestrzeni podpajęczynówkowej. To też Wartenberg radzi postępować następująco: wyczuć naprzód *processus spinosus epistrophei*, przechylić głowę chorego ku przodowi, tak, aby średnio napiąć więzadło karkowe a potem, wbiwszy igłę tuż ponad wyrostkiem ościstym II-ego kręgu, kierować ją ukośnie w kierunku górnego brzegu oczodołów lub 2—3 cm powyżej. Ryc. 1 b.

Przez cały czas zabiegu igła spoczywa na wyrostku ościstym II-kręgu szyjnego, czemu sprzyja fakt, że koniec wyrostka jest często rozwidlony. W ten sposób po pewnym czasie igła uderzy o dolną powierzchnię kości potylicznej. Teraz kilkakrotnie cofając nieco igłę ku tyłowi i wysuwając znowu ku przodowi, kierujemy koniec jej ku dołowi t. j. ku *foramen occipit. magnum* tak długo, aż ręka straci wrażenie kostnego oporu pod igłą. Wtedy wbijamy jeszcze igłę mniej więcej pół cm głębiej, czujemy opór przebijanej błony szczytowo-potylicznej i po wyciągnięciu przetyczki otrzymujemy płyn mózgowo-rdzeniowy. Odległość zbiornika od punktu wkłucia wynosi — według Wartenberga — przy tej ukośnej drodze 7—8 cm. Sposób ten posiada cały szereg dobrych stron, które każą go wyżej stawiać od sposobu Ayera-Sicard'a. I tak orjentacja jest tu znacznie pewniejsza: kierujemy się dwoma pun-

ktami kostnymi. Igła nie wchodzi na ślepo do zbiornika, a zesuwa się ostrożnie po kości potylicznej. Dalej kierunek igły jest równoległy do rdzenia przedłużonego a igła przesuwa się ponad tylną jego powierzchnią wzdłuż najdłuższego wymiaru zbiornika. To też przy odpowiedniem pochyleniu głowy ku przodowi igła — na wypadek zbyt gwałtownego posunięcia wgłąb — wejdzie w móżdżek co jest ostatecznie bez większego znaczenia. Jednem słowem sposób jest znacznie pewniejszy i mniej ryzykowny od poprzedniego i na Oddziale VI-ym używamy obecnie tylko tego sposobu. Nie da się zaprzeczyć, że cały szereg autorów postępuje wyłącznie według Ayera-Sicarda — z zupełnie dobrym skutkiem. Przed możliwem uszkodzeniem rdzenia przedłużonego zabezpieczają się oni w ten sposób, że na igle znaczą odległość 4 i 5 cm od końca igły i, jeżeli nie dostaną płynu na głębokości 5 cm u mężczyzn, wzgl. 4 cm u kobiet, igły głębiej nie wprowadzają i przerywają nakłucie. My używamy również przy metodzie ukośnej igły z podziałką centymetrową i, doszedłszy do głębokości 6 cm, posuwamy się naprzód bardzo ostrożnie. Płyn otrzymywaliśmy z reguły na głębokościach znacznie mniejszych od podanej przez Wartenberga średniej 7—8 cm; raz nawet w głębokości niecałych 4 cm (przypadek ten dotyczył kachektycznej kobiety). — Zdarza się niekiedy, że igła tkwi już dość głęboko i mamy pewność, że jesteśmy w zbiorniku, a płynu mimo to nie otrzymujemy po wyciągnięciu przetyczki. W takich przypadkach unikamy zbyt głębokiego wprowadzania igły, a raczej igłę wyciągamy poza *membranę atlantooccipitalną* i ponownie kierujemy nią po kości potylicznej wgłąb ku *foramen occip. magnum.*

Obydwa sposoby nakłucia możemy stosować w dwojakiem ułożeniu chorego: siedzącem lub leżącem. W pierwszym przypadku sadzamy chorego na krześle okrakiem, a pomocnik przytrzymuje głowę dwiema rękami, ustalając ją nachyloną ku przodowi. Ułożenie siedzące chorego pozwala na łatwe zachowanie igły w linji środkowej ciała, natomiast jest niewygodne z tego względu, że ręce nakłuwającego unoszą się w powietrzu, bez dostatecznego punktu oparcia, co nie ułatwia bynajmniej tego dość subtelnego zabiegu. Jest także i inny wzgląd, niebardzo przemawiający za nakłuciem u siedzącego. Oto jak wiadomo, w tem ułożeniu, ciśnienie w zbiorniku jest naogół ujemne, to też po nakłuciu płyn nie wypływa samodzielnie i aby się przekonać, czy igła siedzi dobrze w zbiorniku należy albo polecić choremu zakaszleć, albo ucisnąć mu *venae iugulares*, co wywołuje podniesienie ciśnienia w zbiorniku, albo też trzeba płyn naciągać strzykawką. Wszystkie te zabiegi są jednak dość niewygodne i przy niedostatecznej ostrożności mogą doprowadzić do wysunięcia igły ze zbiornika. Zdarza się, że i przy nakłuciu u siedzącego płyn wypływa niekiedy samodzielnie, w każdym razie będzie to nieliczny odsetek przypadków.

Kilkanaście pierwszych nakłuć dokonaliśmy w ułożeniu siedzącem, od dłuższego czasu jednak ze względu na wygodę i pewność zabiegu oraz na łatwe otrzymywanie płynu nakłucie wykonujemy u leżących. Chorego kładziemy na prawym boku, przyczem głowa spoczywa na kocu, odpowiednio zwiniętym, uniesiona ku górze tak, aby przekrój sagittalny czaszki tworzył jedną płaszczyznę z przekrojem przednio-tylnym kręgosłupa piersiowego i szyjnego. Przy całej swej wygodzie zabieg ten u leżącego ma jedną wadę, którą podkreślają mocno przeciwnicy tego ułożenia: mianowicie, bardzo trudno jest ustalić leżąco głowę w powyżej opisany sposób. Zwykle kręgosłup szyjny pozostaje nieco wygięty ku górze i skręcony, głowa zaś na nim nie tkwi zupełnie prosto a pozatem jest również nieco zwrócona w lewo lub prawo. Dlatego też trudno jest wykonać nakłucie ściśle w linji środkowej karku: igła wchodząc do zbiornika zbacza zwykle ukosem w jedną lub drugą stronę a dopiero po ukończeniu zabiegu i posadzeniu chorego okazuje się, że punkt wkłucia znajduje się dość daleko niekiedy od linji środkowej. Ostatecznie jednak błąd to nie jest zbyt wielki, bo w gruncie rzeczy jest wszystko jedno, czy igła wejdzie do zbiornika mniej lub więcej ukośnie. Owszem, możliwość uszkodzenia rdzenia jest — z powodu łatwo zrozumiałych warunków przestrzennych — tem mniejsza, im więcej igła zbacza od linji środkowej, a nigdy wychylenie to nie będzie tak duże, aby uszkodzić *art. vertebralis* przebijającą w tej okolicy *membranę atlantooccipitalną.*

Nakłucie wykonywamy zwykłą igłą lumbalną średniej grubości, możliwie sztywną, o końcu jak najkrócej ściętym. Podziałka w centymetrach pozwala określić głębokość, do jakiej zanurzamy igłę. W igle tkwi zatyczka, którą wyciągamy w danej chwili, aby się przekonać, czy jesteśmy istotnie w zbiorniku. Igła musi być zupełnie sztywna, aby przy nakłuciu ukośnem pokonać opór mięśni karkowych w momencie schodzenia po kości potylicznej ku zbiornikowi. Koniec igły musi być jak najkrócej ścięty, aby zabierać jak najmniej miejsca w zbiorniku. Wreszcie wymaganie niezbyt cienkiej igły odnosi się już właściwie do wstrzykiwania lipjodolu, który jest dość gęstym i z trudem przeciska się przez zbyt cienkie światło. Sicard nakłuwa zwykłą igłą odpowiedniej grubości i długości — osadzoną na strzykawce 2 centymetrowej wypełnionej wyjałowionym fizjologicznym roztworem soli kuchennej. Roztwór ten, wypełniając również światło igły, odgrywa rolę przetyczki i nie pozwala na zatkanie światła. Stosowanie zwykłej igły lumbalnej wydaje się nam znacznie prostsze i praktyczniejsze.

Igłę wkłuwamy w miejsce, gdzie już zaczyna się uwłosienie głowy. Otóż Sicard radzi włosów — nawet u kobiet — wcale nie golić a tylko poprostu całą okolicę zajodynować i wkłuwać igłę, nie zważając na włosy. My odnosimy się z większą ostrożnością do każdego zetknięcia się z oponami mózgordzeniowemi i golimy skrupulatnie kark i tyłogłowie. Natomiast nie stosujemy zupełnie zalecanego przez Sicarda i szereg autorów niemieckich miejscowego znieczulania kokainą. Nakłucie podpotyliczne jest bowiem zabiegiem prawie zupełnie niebolesnym. Chory odczuwa nieprzyjemnie jedynie sam moment przekłucia skóry, potem już dalsza część zabiegu przechodzi bez wrażenia, przyczem ciekawe jest, że ruchy igły po kości potylicznej ku *foramen occipit. magnum* nie sprawiają chorym żadnych dolegliwości. Tak dalece, że nawet u najbardziej wrażliwych neuropatów nie potrzebowaliśmy się uciekać do miejscowego znieczulenia.

Nakłucie podpotyliczne nie wywołuje żadnych przykrych następstw. W bardzo nieznacznym odsetku, występują po niem bóle głowy i to niezbyt silne, w zasadzie zaś chorzy nie skarżą się na żadne dolegliwości. O ile zatem chodzi o następstwa, jest nakłucie podpotylicze zabiegiem znacznie łagodniejszym od nakłucia lędźwiowego, po którem zjawiają się zwykle bóle głowy, często nudności a nierzadko też wymioty. Czemu ten fakt przypisać? Najprawdopodobniej przyczyna leży w tem, że ciśnienie w zbiorniku jest znacznie niższe niż w dolnych częściach rdzenia, a w pozycji pionowej jest zgoła ujemne, to też po nakłuciu płyn niema tendencji wyciekania do *spatium epidurale* kanałem pozostawionym przez igłę, zwł., że ściana przebita t. j. *membrana atlantooccipitalis* jest błoną tęgą, elastyczną — i zamyka się szczelnie po wyjęciu igły. Stąd też — w przeciwieństwie do nakłucia lędźwiowego — niema owego kilka dni z rzędu trwającego przeciekania płynu nazewnątrz oraz ciągłej zmiany ciśnienia i zadrażnienia opon ogólnego i lokalnego. A teraz jakie są niebezpieczeństwa towarzyszące nakłuciu podpotylicznemu i czy jest to zabieg, który może zastąpić nakłucie lędźwiowe w jego zwykłych wskazaniach?

Otóż co do niebezpieczeństw, to naprzód wchodzą w grę uszkodzenia naczyń, na które igła może natrafić po drodze. I tak może tu chodzić o przebicie naczyń żylnych biegnących po zewnętrznej stronie błony szczytowo-potylicznej: jest ono bez znaczenia. Poważniej przedstawia się naruszenie *plexus venosus vertebralis internus*, który zwł. dokoła *foramen occipitale magnum* jest silnie rozwinięty: na ogół i te uszkodzenia nie są groźne. Zdarza się nierzadko, że po wyciągnięciu przetyczki dobywa się płyn krwawy, po przesunięciu zaś igły nieco dalej wgłąb krwawienie ustaje i dostajemy płyn zupełnie czysty. Opisano już jednak zejście śmiertelne po nakłuciu podpotylicznem, gdzie sekcja wykazała bardzo silne krwawienie z uszkodzonego splotu żylnego kręgowego. Groźne mogą być uszkodzenia tętnic rdzenia lub móżdżku. I tak Nonne opisuje przypadek śmierci starca 79-letniego po przebiciu miażdżycowo zmienionej tętnicy móżdżkowej.

Dalsze niebezpieczeństwa zależą od nakłucia rdzenia przedłużonego wzgl. móżdżku. Przy uszkodzeniach tych opisywano takie objawy jak: porażenie oddechania, krążenia, rozszerzenie źrenic, oczopląs, porażenie n. twarzowego. Najmniej niebezpiecznem jest uszkodzenie móżdżku. Groźniej przedstawiają się urazy rdzenia przedłużonego, jakkolwiek Peiper uważa, że nie są one tak rzadkie i przechodzą często bez poważniejszych objawów.

Na kilka tysięcy nakłuć podpotylicznych ogłoszonych w dostępnem mi piśmiennictwie, znaleźliśmy około 10 przypadków zejść śmiertelnych. Wypadki te zdarzały się najczęściej przy początkowych próbach, kiedy operujący nie rozporządzali jeszcze należytą techniką zabiegu. Technikę należy sobie bezwarunkowo przyswajać na zwłokach i to możliwie świeżych i dopiero po wielokrotnem przećwiczeniu przystępować do nakłucia na chorym. Zauważyć przytem trzeba, że zabieg na zwłokach jest trudniejszy niż *in vivo* — z powodu zapadnięcia się i skurczenia ścian zbiornika. Po kilkunastu próbach nabywa się zupełnej pewności i nakłucie staje się zabiegiem niemal banalnym. Na oddziale naszym wykonaliśmy do tego czasu około 70 nakłuć podpotylicznych — i w jednym tylko przypadku obserwowaliśmy dość groźny zespół objawów. Chodziło tu o kobietę 32-letnią z podejrzeniem guza okolicy lędźwiowej, gdzie igła została wkłuta zbyt gwałtownie i zbyt głęboko. Ponieważ operujący natychmiast cofnął rękę odruchowo, nie mo-

żemy podać głębokości przypuszczalnej do jakiej igła dotarła. Po cofnięciu igły i wypuszczeniu płynu mózgowordzeniowego — zresztą zupełnie czystego — chora nie zdradzała żadnych objawów. Dopiero bezpośrednio po wykonanem następnie wstrzyknięciu lipjodolu wystąpiła sztywność karku z silnem wygięciem ku tyłowi i kilkadziesiąt sekund trwające drgawki kończyn górnych typu padaczkowego. Po dwóch minutach sztywność karku ustąpiła, zjawiło się natomiast znaczne osłabienie czynności serca: tętno nieregularne, 100—120 na minutę, słabo napięte, oraz oddech typu Cheyna-Stokesa. Objawy te utrzymywały się około 2 godzin a ustąpiły po energicznem zastosowaniu podskórnie kamfory, koffeiny i lobeliny. Najprawdopodobniej mieliśmy w tym przypadku uszkodzenie rdzenia przedłużonego, które samo przez się nie dało żadnych objawów, dopiero następowe zadrażnienie zranionej tkanki nerwowej lipjodolem wywołało powyżej opisany zespół. Oprócz tego przypadku, który zresztą skończył się pomyślnie, widywaliśmy kilkakrotnie silne poty, tętno nieregularne i szybkie, objawy te jednak zdarzają się również przy nakłuciu lędźwiowem i są najprawdopodobniej zależne raczej od wzruszenia chorych. Na ogół możemy stwierdzić, że nakłucie podpotyliczne w rękach doświadczonych jest zabiegiem łatwym i bezpiecznym. Czy jednak słuszność ma Sarbó, przepowiadając, że zabieg ten wyprze w jaknajszerszym zakresie wskazań nakłucie lędźwiowe i zajmie zwycięsko jego miejsce? Przewidywania nasze w tym kierunku nie są tak optymistyczne. Nie ulega wątpliwości, że nakłucie podpotyliczne można wykonywać ambulatoryjnie, bo nie zostawia po sobie żadnych dolegliwości; z drugiej strony jednak jest również pewne, że nakłucie lędźwiowe w porównaniu z podpotylicznem jest zabiegiem absolutnie bezpiecznym: przy najbardziej niedołężnem prowadzeniu igły można mniej lub więcej znużyć chorego, nic nie ostatecznie złego nie robiąc. Tymczasem w okolicy zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego wysuniecie igły za daleko o 0,5 cm może grozić życiu chorego. — To też przypuszczamy, że nakłucie podpotyliczne pozostanie tylko w użyciu specjalistów, t. j. neurologów i chirurgów. Nakłucia lędźwiowego w jego codziennem użyciu nie zastąpi a powinno być stosowane w szczególnych wskazaniach rozpoznawczych i leczniczych.

W pracy niniejszej zajmiemy się li tylko wskazaniami rozpoznawczemi, które możemy w krótkości ująć następująco:

1) Będziemy stosować nakłucie podpotyliczne wszędzie tam, gdzie dla jakichkolwiekbądź powodów nie możemy wykonać nakłucia lędźwiowego.

2) Zastosujemy je wraz z nakłuciem lędźwiowem tam, gdzie podejrzewamy sprawę uciskową rdzenia, a to celem stwierdzenia charakterystycznego dla tych spraw zachowania się płynu pobranego z okolicy powyżej i poniżej miejsca ucisku.

3) Niektórzy polecają drogę suboccipitalną dla encephalografji.

4) Ostatniem wreszcie i bodaj najważniejszem wskazaniem jest myelografja.

Nie wdając się w dokładniejsze omawianie trzech pierwszych wskazań, zajmiemy się szczegółowiej ostatniem z nich jako stanowiącem właściwy temat naszej rozprawy.

II.

Röntgenografja zatacza dzisiaj coraz szersze kręgi i uczy nas uwidaczniać coraz to nowe organa przy pomocy ciał kontrastowych. Szczególnie ważne znaczenie ma ten sposób w rozpoznawaniu neurologicznem, które przeżywa obecnie okres encephalo- i myelografji.

Od dawna już atakowano sprawę uwidaczniania promieniami Röntgena rdzenia wzgl. spraw patologicznych w nim zachodzących. Począwszy od r. 1912 próbowano w Niemczech nasycać płyn mózgordzeniowy solami metali ciężkich nieprzepuszczającemi promieni X, aby w ten sposób uzyskać na zdjęciu obraz przestrzeni podpajęczynówkowej. Próby rozbiły się o to, że owe sole w stężeniach, w jakich mógł je znosić ustrój, nie dawały wcale cieni. Próbowano również wypełniać powietrzem przestrzeń podpajęczynówkową rdzenia, ale na zdjęciach otrzymywano bardzo liche wyniki. Właściwy kierunek nadał tym poszukiwaniom dopiero genjalny pomysł francuskiego neurologa S i c a r d'a, który w r. 1921 zastosował do tego celu lipjodol.

Lipjodol jest 40% roztworem czystego jodu w olejku makowym. Jest to płyn oleisty, brunatny, nie mieszający się z płynem mózgordzeniowym i od niego gatunkowo cięższy. Dzięki znacznemu odsetkowi jodu zatrzymuje promienie Röntgena.

Całe postępowanie prowadzące do uwidocznienia chorobowych zmian rdzenia przy pomocy lipjodolu nazwano myelografją.

Proponowano również metodę tę nazwać rachigraphia lipjodolica, określenie to jednak nie przyjęło się szerzej.

Zasada myelografji jest bardzo prosta. Lipjodol jest gatunkowo cięższy od płynu mózgordzeniowego, to też wprowadzony do przestrzeni podpajęczynówkowej opada w ułożeniu pionowem ciała dość szybko na dno worka oponowego. Jeżeli jednak po drodze napotka jakąkolwiek przeszkodę (np. guz zwężający lub zamykający zupełnie światło przestrzeni podpajęczynówkowej) wówczas zatrzymuje się i osiada chwilowo lub na stałe na górnej powierzchni przeszkody i na zdjęciu röntgenologicznem da wyraźny cień, którego dolny brzeg będzie obrysem górnej powierzchni przeszkody np. guza. Najodpowiedniejszem a właściwie jedynem miejscem do wstrzykiwania lipjodolu jest właśnie zbiornik móżdżkowo-rdzeniowy, a to dlatego, że leży dostatecznie wysoko i jest dość obszerny, tak, że możemy odrazu wlać odpowiednią ilość lipjodolu, który dzięki warunkom przestrzennym nabiera dostatecznej szybkości potrzebnej do pokonania przeszkód fizjologicznych. Można również wstrzykiwać lipjodol do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia szyjnego, wszelako zabieg jest w tem miejscu znacznie trudniejszy z powodu wąskości przestrzeni podpajęczynówkowej a ponadto lipjodol wciśnięty w tę szczelinę zatrzymuje się w niej nieraz bardzo długo, mogąc dać powód do zupełnie fałszywych wniosków [1]).

Postępowanie nasze jest zatem następujące: wykonywujemy nakłucie podpotyliczne leżącego chorego, upuszczamy 1—2 cm^3 płynu, nasadzamy strzykawkę z lipjodolem, możliwie nie zawierającym baniek powietrza i ostrożnie — pod bardzo małem ciśnieniem wlewamy 1 cm^3 lipjodolu, która to ilość okazała się z dotychczasowych doświadczeń zupełnie wystarczającą.

W dalszym ciągu odczekujemy chwilę, aby dać możność lipjodolowi oderwania się od końca igły, poczem wyciągamy igłę, powoli sadzamy chorego i dość silnie opukujemy pięścią okolicę zbiornika oraz kręgosłup szyjny i piersiowy, aby ułatwić spłynięcie lipjodolu w dół.

Lipjodol bowiem może się dłuższy czas zatrzymać przy ścianie, przez którą wstrzykujemy, a poza tem może, opadając, dać stop fizjologiczny w naturalnej cieśni na wysokości 4—7 kr. szyjnego. Pierwotnie chcąc się zabezpieczyć przed możliwem zatrzymaniem się lipjodolu w miejscu przebicia ściany zbiornika, wtłaczaliśmy jeszcze dodatkowo około 1 cm^3 powietrza, przyczem nie



Ryc. 2.

zauważyliśmy w początkowych zabiegach, aby ten dodatek powietrza wpływał niekorzystnie na opadanie lipjodolu. Kiedy jednakże w jednym z naszych przypadków guza zewnątrzrdzeniowego lipjodol zatrzymał się w cysternie przeszło 12 godzin, i dopiero po 24 godzinach spłynął do poziomu guza, uznaliśmy ważność zarzutów przeciw obecności baniek powietrza w lipjodolu i zarzuciliśmy następowe wtłaczanie powietrza do zbiornika. Jak lipjodol wypełnia zbiornik w czasie wstrzykiwania, widać na zdjęciu dokonanem bezpośrednio po zabiegu.

[1]) Ostatnio S i c a r d poleca jako miejsce wstrzyknięcia właśnie okolicę między 1-szym a 2-gim kręgiem szyjnym.

Przeciwnicy zabiegu w ułożeniu leżącem zarzucają, że w położeniu tem lipjodol może się dostać przez *foramen Magendii* do komory IV względnie górnemi odgałęzieniami przestrzeni podpajęczynówkowej do zbiorników na podstawie czaszki. Zdaniem naszem obawy te są bezprzedmiotowe. Usadowienie się kilku kropli lipjodolu na podstawie czaszki jest zupełnie nieszkodliwe, przedostawanie się zaś gęstego lipjodolu przez wąskie *foramen Magendii* w czasie tak krótkiego zabiegu będzie niewątpliwie rzadkością. Na podanem wyżej zdjęciu widać odnogę lipjodolu spływającą ku przodowi, jednakże gruba jej szypuła każe wnosić, że nie chodzi tutaj o przenikanie przez *foramen Magendii*, a raczej o część lipjodolu spływającą dokoła rdzenia przedłużonego.

Po zabiegu chory siedział aż do pierwszego zdjęcia, które robimy pół godziny po wstrzyknięciu. Chorego zatrzymujemy w pozycji półsiedzącej aż do dnia następnego, w którym to dniu robimy zdjęcie kontrolne w 24 godz. po pierwszem. W razie potrzeby powtarzamy zdjęcia i dni następnych. Zdejmujemy przedewszystkiem miejsca podejrzane, następnie okolicę końca worka opon względnie także i inne okolice rdzenia.

Z powodu trudności technicznych (brak własnego aparatu röntgenowskiego) nie możemy korzystać z zalecanej przez Sicard'a röntgenoskopji t. j. bezpośredniego oglądania na ekranie opadającego lipjodolu i ograniczamy się do zdjęć t. j. do röntgenografiji.

Chorego układamy w czasie zdjęcia pod kątem około 30 stopni do poziomu, aby nie dopuścić do cofnięcia się lipjodolu ku górze. Opadający ku dołowi lipjodol napotyka w fizjologicznych warunkach następujące przeszkody: 1) kieszenie arachnoidalne otaczające wychodzące z rdzenia korzonki i wypuklające nieco nazewnątrz worek oponowy, — 2) *ligamentum denticulatum* biegnące po obu stronach rdzenia i utrzymujące go we właściwem położeniu; — 3) nieregularne beleczkowanie włókien i blaszek arachnoidalnych łączących rdzeń z workiem oponowym. W zwykłych warunkach lipjodol pokonywa dość łatwo te wszystkie opory i już po kilku minutach znajduje się w całości na dnie worka na wysokości 1—2-go kręgu krzyżowego, dając na röntgenogramie charakterystyczny cień kształtu buraka albo wydłużonego pocisku. Niekiedy cień ten przybiera kształt więcej bryłowaty albo zgoła kulisty, co Albrecht czyni zależnem od mniejszej ilości lipjodolu. Myśmy tej zależności nie mogli stwierdzić i przy małych ilościach lipjodolu dostawaliśmy cienie zarówno kuliste jak i wydłużone. Czasami cień wykazuje jakby dwa piętra. — Po dłuższym czasie lipjodol wnika w *vagina terminalis* jakoteż w przestrzenie wzdłuż korzonków końskiego ogona, dając wydłużone nitkowate cienie odchodzące od głównej sylwetki.

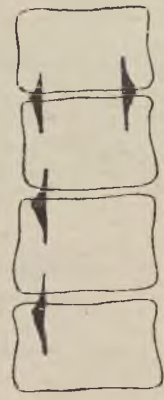
Różne postacie cienia lipjodolu opadłego na dno worka oponowego podaje



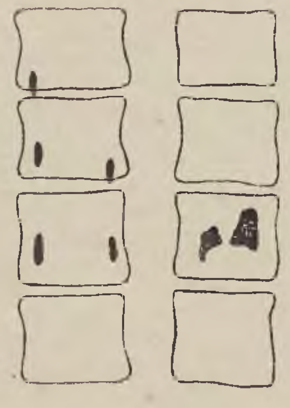
Ryc. 3.

Są jednakże w przebiegu rdzenia miejsca w których lipjodol może się zatrzymać w warunkach fizjologicznych. Wspomnieliśmy powyżej, że może to nastąpić w najciaśniejszem miejscu przestrzeni podpajęczynówkowej pomiędzy 4-ym a 7-ym kręgiem szyjnym, przyczem zdjęcie wykaże podłużną smugę, która znika po pewnym czasie w miarę opadania lipjodolu. Dłuższy czas natomiast może się lipjodol zatrzymać w kieszeniach arachnoidalnych dokoła korzonków rdzeniowych, dając zwłaszcza w okolicy lędźwiowej zazębione cienie.

Obrazy kieszeni okolicy piersiowej i szyjnej wyglądają mniej charakterystycznie.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

Również i z kieszeni arachnoidalnych spływa lipjodol po pewnym czasie na dno worka oponowego.

Wreszcie w nieregularnych oczkach beleczkowania arachnoidalnego mogą się tu i ówdzie zatrzymać na stałe pojedyncze drobne krople lipjodolu, które nie mają znaczenia rozpoznawczego.

To wszystko dzieje się w warunkach normalnych. Inaczej rzecz się ma w przypadkach, gdzie lipjodol w wędrówce swej natrafia na przeszkodę, która upośledza lub znosi swobodną komunikację w przestrzeni podpajęczynówkowej. Przeszkody takie mogą być wywołane przez:

I. Guzy rdzenia: A. Wewnątrzrdzeniowe.
B. Zewnątrzrdzeniowe: 1) intraduralne
2) extraduralne.

II. Zrosty, jako następstwo spraw zapalnych: *meningitis luetica, tuberculosa, serosa circumscripta.* Zrosty takie mogą dawać niekiedy i inne sprawy nie wywołujące normalnie zapalnego odczynu opon jak: *Syringomyelja, sclerosis disseminata, tabes dorsalis.*

III. Sprawy wychodzące z kręgów a więc guzy pierwotne i przerzuty oraz ropnie przedewszystkiem gruźlicze.

IV. Złamania i zwichnięcia kręgosłupa.

We wszystkich tych sprawach myelografja daje szereg cennych wskazówek rozpoznawczych, właściwą jednak dziedziną, w której ma ona niekiedy rozstrzygające wprost znaczenie są guzy rdzenia.

We wszystkich rodzajach guzów tych a więc tak wewnątrzjakoteż i zewnątrzrdzeniowych, możemy otrzymać dwojakiego rodzaju zatrzymanie się czyli stop lipjodolu: albo płyn zatrzymuje się na stałe na górnej granicy guza i to w całości lub w części, poczem reszta spływa na dno worka, albo też stop na wysokości guza jest chwilowy a po pewnym czasie płyn znajduje się w całości na poziomie 1-ego — 2-go kręgu krzyżowego. Ze sylwetki cienia lipjodolu a zwłaszcza z jego dolnego obrysu nie można zupełnie wnosić, czy mamy do czynienia z guzem wewnątrz- czy zewnątrzrdzeniowym. Te same sylwetki spotykamy w obu rodzajach guzów. Owa klasyczna postać podana przez Sicard'a i tak często opisywana przez innych Francuzów a zwana przez Niemców „Reitform", kiedy lipjodol siedzi jakgdyby okrakiem na guzie — nie jest bynajmniej charakterystyczna dla guzów usadowionych zewnatrz rdzenia na tylnej jego powierzchni: owszem, sylwetki takie widujemy też przy przeszkodach leżących na przedniej powierzchni rdzenia (przyp. 11) oraz w przypadkach guzów wewnątrzrdzeniowych (przyp 13). Podobnie też stop lipjodolu w postaci girlandy dokoła przypuszczalnej granicy guza zdarza się w obu rodzajach guzów wewnątrzrdzeniowych, gdzie między guzem a oponą twardą znajduje się bardzo cienka warstwa płynu mózgordzeniowego (buffer fluid, autorów amerykańskich) lipjodol rozlewa się w tej cieśni w cienką blaszkę i na zdjęciu dokonanem w korzystnych warunkach (Peiper) daje wyraźny obrys powierzchni guza, względnie rdzenia.

Guzy wewnątrzrdzeniowe nawet stosunkowo dużych rozmiarów powodujące wrzecionowate rozszerzenie rdzenia, mają zwykle nazewnątrz ściany obłe i pozwalają na gładkie spłynięcie lipjodolu. Natomiast guzy zewnątrzrdzeniowe — nawet w początkowych

okresach rozwojowych — powodują w olbrzymiej większości przypadków zatrzymanie się lipjodolu. Z faktu tego wysnuwa Peiper daleko idące wnioski zmierzające do ustalenia wskazań do zabiegów operacyjnych. I tak, zdaniem jego, ujemny wynik myelografji wyklucza guz zewnątrzrdzeniowy, a ponieważ operacja jest uzasadniona jedynie w przypadkach guzów zewnątrzrdzeniowych, przeto każda ujemna myelografja będzie przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego. W ten sposób — twierdzi Peiper — myelografja pozwala nam uniknąć całego szeregu laminektomij t. zw. próbnych. Zapatrywanie powyższe, jak wszelkie wnioski wysnute pochopnie z niedostatecznego materjału statystycznego — jest niestety zbyt schematyczne i skrajne.

Przedewszystkiem guzy wewnątrzrdzeniowe nie przedstawiają już dla dzisiejszej neurochirurgji bezwzględnego noli me tangere i w piśmiennictwie zaczynają się pojawiać doniesienia o pomyślnych wynikach operacyjnych w przypadkach tego rodzaju guzów (Sicard, Hagnenau, Wallich: Rev. neurol. 1927).

Co się zaś tyczy guzów zewnątrzrdzeniowych to teoretycznie da się przecież pomyśleć, że we wczesnych okresach guzy takie zbyt małe — nie dadzą zatrzymania się lipjodolu. Ba, co więcej! Praktyka wykazuje, że zdarzają się guzy zewnątrzrdzeniowe dające wyraźny obraz poprzecznego przecięcia rdzenia przy równoczesnym ujemnym wyniku myelografji: przypadki takie ogłosili w r. 1926 Babiński, Charpentier i Jarkowski oraz Albrecht z kliniki Bonhöffera. Ponadto okazuje się, że znaczna ilość guzów wewnątrzrdzeniowych powoduje zupełny stop lipjodolu. A zatem tak jak z jednej strony dodatni wynik myelografji przy odpowiednim zespole klinicznym jest tylko wysoce prawdopodobnym, ale nie bezwzględnym dowodem istnienia guza zewnątrzrdzeniowego, tak też z drugiej strony ujemny wynik myelografji nie wyklucza bezwzględnie jego istnienia: jest tylko jednym ze szczegółów przemawiających bardzo poważnie przeciw przyjęciu przeszkody zewnątrzrdzeniowej.

Jest niesłychanie ważnem, że myelografja pozwala czasami na bardzo wczesne rozpoznanie guzów zewnątrzrdzeniowych w okresie kiedy jedynym objawem są tylko bóle, a brak jest wyraźniejszych objektywnych zaburzeń czuciowych, motorycznych oraz zaburzeń zwieraczy (przyp. 6). W przypadkach tych, gdzie tylko intuicyjnie raczej domyślamy się istnienia guza, myelografja może nas upewnić w rozpoznaniu i pozwolić na wczesną operację.

Rozstrzygające znaczenie ma myelografja dla dokładnego umiejscowienia guzów rdzeniowych. Pod tym względem technika lipjodolowa przewyższa znacznie djagnostykę czysto neurologiczną opierającą się na analizie zaburzeń czucia. Analiza ta jest czasami bardzo trudną z powodu małej inteligencji chorych, ich szybkiego wyczerpywania się i mętnych zapodań.

Zwiewność górnej granicy zaburzeń czucia potęguje nadto fakt, że na każdym odcinku skórnym spotykają się zakończenia nerwowe trzech odcinków rdzeniowych. Otóż w takich wypadkach myelografja jest niezawodną: dolna granica cienia wskazuje zawsze górną granicę guza lub też zachodzi co najwyżej kilka mm poniżej tejże granicy, co się łatwo tłumaczy warunkami przestrzennymi. Oczywista, zdarza się niekiedy, że ponad guzem przychodzi w oponach do zrostów z powodu zmian zapalnych, stąd też lipjodol może się zatrzymać na takich zrostach i wskazać błędnie — bo za wysoko — siedzibę nowotworu. W praktyce jednak wypadki takie nigdy się nie zdarzają: zrosty takie jeśli są, są widocznie zbyt słabe i ustępują pod naporem lipjodolu. W całem dostępnem nam piśmiennictwie w kilku zaledwie przypadkach umiejscowienie guza nie odpowiadało myelogramowi. Natomiast nierzadkie są przypadki, gdzie wbrew danym badania neurologicznego myelogram wskazuje inne umiejscowienie, które potem operacja potwierdza jako prawdziwe (Albrecht).

W niektórych przypadkach można z myelogramu odczytać, po której stronie rdzenia guz leży: lewej czy prawej. (Przyp 9). Gorzej przedstawia się sprawa określenia, czy guz leży na przedniej czy też na tylnej powierzchni rdzenia: udaje się to bardzo rzadko (przyp. 5). I zdjęcie boczne niewiele tutaj pomaga, albowiem lipjodol spływa zwykle w dolną część leżącego poziomo *cavum subarachnoidale* i daje cień odpowiadający szerokości całego *cavum*.

W przypadkach, w których guz, uciskając kręgi, wywołuje w nich zaniki i prowadzi do rozszerzenia kanału kręgowego, lipjodol rozlewając się szerzej może te zmiany wykazać.

Określenie dolnej granicy guza nie ma zbyt wielkiego praktycznego znaczenia: jeśli już bowiem jesteśmy zwolennikami postępowania operacyjnego przy guzach zewnątrzrdzeniowych, zdecydujemy się zawsze na zabieg, nawet nie znając dolnej granicy guza. Oczywista, znajomość dokładna tejże granicy mogłaby nam niekiedy oszczędzić zabiegów beznadziejnych z powodu rozciągłości guza. To też i w tym kierunku usiłowano wyzyskać technikę lipjodolową, ale wyniki są nieświetne.

Próbowano to robić w ten sposób, że wstrzykiwano lipjodol w okolicy lędźwiowej i układano potem chorego w pozycji Trendelenburga — głową w dół. Lipjodol spływa w tem położeniu w kierunku mózgu i zatrzymuje się na dolnej powierzchni guza. Tak się dzieje niestety w teorji, bo w praktyce lipjodol zaplata się najczęściej w korzonkach ogona końskiego, albo też przechodzi wyżej ale ostatecznie nie dochodzi do guza, tak, że trzebaby chorego w tej pozycji utrzymywać całemi godzinami, aby osiągnąć pożądany skutek. W jednym z naszych przypadków, w którym użyliśmy powyższego sposobu, lipjodol zatrzymał się na stałe na trzech rozmaitych poziomach. To też biorąc również pod uwagę znaczne przykrości, na jakie postępowanie to naraża chorego, zaniechaliśmy dalszych prób w tym kierunku.

Ostatnio wprowadził Sicard celem oznaczania dolnej granicy t. zw. lipjodol ascendent względnie montant. Jest to lipjodol lżejszy od płynu mózgordzeniowego a zawierający 0,11 jodu w 1 cm³. Olej ten wprowadzony dolędźwiowo unosi się do góry i zatrzymuje na dolnej granicy guza. Sicard, Binet, Coste, Bregman, Choroszko, otrzymywali tą metodą dobre wyniki przy zachowaniu odpowiednich zabiegów jak n. p. ogrzewanie lipjodolu i strzykawki do ciepłoty ciała. Natomiast Peiper twierdzi, że lipjodol lekki zatrzymuje się często znacznie niżej dolnej granicy guza a — zawierając mały procent jodu (około 8%) daje obrazy bardzo niewyraźne. Próby z lipjodolem lekkim rozpoczęliśmy w ostatnich czasach i szerszego doświadczenia w tym względzie nie posiadamy.

Przechodzimy obecnie do punktu drugiego t. j. do zrostów oponowych dających obraz poprzecznego uszkodzenia rdzenia. Natury takich zrostów myelografja nam oczywista nie zdradzi, ale zato — co jest praktycznie ważne — pozwoli nam w znacznej części przypadków odróżnić zrosty oponowe od zamknięcia przestrzeni podpajęczynówkowej przez guzy rdzeniowe. I tak: nad guzami lipjodol zatrzymuje się w zwartej masie (przyp. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9); przeciwnie zaś zrosty oponowe dają stop lipjodolu o sylwetce zupełnie nieregularnej, o granicy dolnej poszarpanej, wyciągniętej w girlandy, stalaktyty i nieregularne plamy, co stoi w związku z nieregularnemi komorami powstałemi przy zrostach zapalnych. (Przyp. 15). — Nie jest to jednakże bezwzględną regułą.

Są guzy (glioma), które dzięki nieregularnemu polipowatemu rozprzestrzenieniu się dają kontury lipjodolu nieregularne i poszarpane (przyp. 6); z drugiej strony sprawy zapalne opon mogą przy odpowiedniem przestrzennem rozmieszczeniu zrostów dać obrazy przemawiające raczej za guzem (przyp. 12).

Trzecią grupą spraw, zamykającą przestrzeń podpajęczynówkową są guzy oraz ropnie wychodzące z kręgów. Myelogramy tych spraw chorobowych nie różnią się niczem od obrazów otrzymywanych w przypadkach guzów rdzenia i nie wnoszą niestety żadnych nowych szczegółów do rozpoznawania różniczkowego. W tej grupie spraw gruźlica kręgów sprawia nam najczęściej niemiłe niespodzianki. Oczywista — gruźlica kręgosłupa rozpoznana ponad wszelką wątpliwość i potwierdzona Roentgenem nie jest wskazaniem do myelografji. Małe jednak ropnie gruźlicze nie wykazujące jeszcze zmian w Roentgenie mogą niekiedy łudząco przypominać zespół guza i dawać powód do zastosowania techniki lipjodolowej. W takich razach rozpoznanie bywa często fałszywe jak to wykazują nasze przypadki 10, 11.

Przechodząc wreszcie do ostatniej grupy t. j. do złamań i zwichnięć kręgosłupa, wspomnimy pokrótce, że Peiper usiłuje przy pomocy myelografji rozstrzygać, czy ma do czynienia z porażeniem wywołanem przez *commotio spinalis*, czy też z rzeczywistą *compressio medullae spinalis* wywołaną złamanym lub zwichniętym kręgiem. W pierwszym przypadku lipjodol spłynie swobodnie na dno worka, w drugim zatrzyma się na odpowiedniej wysokości. Są to jednak sprawy zupełnie jeszcze niepewne i — nie mając w tym kierunku większego doświadczenia, nie będziemy ich szerzej poruszać.

Oto są pokrótce dotychczasowe wyniki techniki lipjodolowej, które chcielibyśmy obecnie objaśnić naszym materjałem.

Myelografją zajmujemy się na Oddz. VI-tym Szpitala św. Łazarza od 1924 r. Wykonaliśmy od tego czasu 48 zabiegów z następową injekcją lipjodolu. Zdjęcia — z małymi wyjątkami — robione były przez Prym. Oddz. Rentgenowskiego, P. Dr. Korabczyńską, której chcielibyśmy tutaj podziękować serdecznie za życzliwą i cierpliwą współpracę.

Dwa zdjęcia zawdzięczamy uprzejmości Kol. Dra Wielskiego, w którego zakładzie robiliśmy w danym przypadku wstrzyknięcie lipjodolu. Jedno zdjęcie pochodzi z kliniki chirurgicznej U. J.

W statystyce naszej 9 przypadków zajmują guzy rdzenia; z tego 7 potwierdzonych operacją (6 zewnątrz, 1 wewnątrzrdzeniowy). Resztę przypadków wypełniają: *spondylitis tbc.*, *meningitis serosa*, *spondyloarthritis deformans*, *sclerosis disseminata*, *lues spinalis*, *radiculitis* niepewnego pochodzenia, guzy kręgosłupa.

Właściwą dziedziną, w której myelografja oddaje najcenniejsze usługi, są guzy rdzenia. Ponieważ kazuistyka w tej dziedzinie nie jest jeszcze zbyt obszerna — zwł. w piśmiennictwie polskiem zajmiemy się dokładniej wszystkimi naszymi przypadkami guzów, z pozostałego zaś materjału podamy tylko przypadki ciekawsze zwłaszcza te, w których myelografja zawiodła nas na manowce i utwierdziła w fałszywem rozpoznaniu.

C. d. n.

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przyczynek do sprawy zapalenia płuc Granchera.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Władysław Szenajch.

W lecie r. 1927 obserwowaliśmy przypadek, którego treść dotyka zagadnień klinicznych, nie często omawianych. Pozwalam sobie przedstawić wyjątek z historji choroby.

Kazimierz B.*) Nr. prot. 6902, lat 12, sierota, przybywa do szpitala dnia 16. VIII. 1927 r. z powodu od 2 tygodni trwającej choroby która rozpoczęła się ogólnem niedomaganiem, nudnościami, kaszlem, dreszczami i następnie wysoką gorączką. Chory, mimo zachowanej przytomności, znajduje się w stanie ciężkim i z trudem siada o własnych siłach na łóżku. Skarży się na ból w klatce piersiowej po stronie prawej. Szatyn, na swój wiek stosownie wielki, szczupły. Waga 28.050. Zaznaczona sinica ust, nosa, uszu i palców. Oczy o zmęczonym wyrazie, podkrążone. Chory robi skrzydełkami nosowemi. Temp. 39.8. Skóra sucha. Odczyn Pirqueta ujemny, na luetynę ujemny. Gruczoły szyjne i karkowe niepowiększone. Tarczyca macalna. Jama ust, gardło i nos wolne. Język suchy, obłożony. Serce w granicach normalnych. Tony serca czyste. Tętno 108 miarowe. Ciśnienie 100/70. Oddech przyspieszony: 48. Kaszel bolesny, napadowy ze skąpem wykrztuszaniem śluzowo-ropnej plwociny. Prawa strona klatki piersiowej gorzej poruszalna, niż lewa. Drżenie głosowe po stronie prawej zniesione. Opukiwanie stwierdza stłumienie zupełne ponad całą tylną powierzchnią prawego płuca. Stłumienie sięga ku przodowi górną granicą do prawej linji pachowej tylnej, dolną do linji pachowej środkowej. W dole podobojczykowym prawym odgłos bębenkowy *(son scodique)*, któremu odpowiada osłabienie szmeru wydechowego. Tamże nad szczytem prawej łopatki szmer wydechowy osłabiony, zresztą zniesienie szmerów oddechowych nad prawem płucem. Egofonja zaznaczona. Obwód klatki piersiowej prawej i lewej po obu stronach jednakowy: 32 cm. Brak objawu taśmowego Pitresa. Objaw trojaka Pitresa dodatni. Kilkakrotne nakłucie opłucnej po stronie prawej w dniu przyjęcia i w dniach następnych ujemne. Opukiwanie i osłuchanie lewego płuca wykazuje tylko obecność nieznacznej rozedmy. Brak obrzęku śledziony. Wątroba nieobniżona. Brzuch niebolesny. Ilość dobowa moczu 300 cm³. Stolec stały.

Badania laboratoryjne: Krew: Hemoglob. 60%. Cz. c. 5,820.000. B. c. 16.400. Refraktometr: 1,3490 (7. 59% białka). Wielojądrzastych 85%. Limfocytów 12%. Przejściowych 2%. Eozynochłonnych 1%. Cholest. 0.75%. Odczyn Wassermanna ujemny. Aglutynacja z durem i paradurami ujemna.

Mocz o c. g. 1,015 wykazuje odczyn dwuazowy dodatni, zmniejszoną ilość chlorków 2.34% i obecność urobilinogenu.

Plwocina śluzowo-ropna wykazuje ślad białka. Bogata flora bakteryjna nie zawiera prątków Kocha.

Radioskopja wykazuje po stronie prawej strefę szarego zaciemnienia o granicach górnych rozlanych. Kontury przepony nieobniżone zarysowują się równomiernie po obu stronach.

Przebieg choroby:

18. VIII. Ciepłota do 40°. Tętno 108. Oddechów: 60. Sinica, jak wyżej. Stan sił dość dobry. Sen spokojny. Stan płuc utrzymuje się jak wyżej.

20. VIII. Ciepłota od 38° — 39.6°. Tętno 106. Oddech: 54. Chory niespokojny. Kaszel męczący. Wynik badania płuc nie uległ zmianie.

22. VIII. Ciepłota do 40.2°. Chory chwilami odurzony, niespokojny. Sinica, duszność: 60. Poty. Tętno 108. Stan płuc jak wyżej. W moczu odczyn dwuazowy dodatni, urobilinogen obecny. Chlorków 3.016‰. Odczyn Widala powtórnie ujemny.

24. VIII. Ciepłota 37.6° — 39°. Tętno 104. Oddech: 36. Stan ogólny lepszy. Opukiwanie płuc bez zmiany, wysłuchowo dziś pierwszy raz nad stłumieniem prawego płuca szmer oskrzelowy z głębi słyszalny, pokryty rzężeniami półdźwięcznemi średnio i drobnobańkowemi. W moczu chlorków 5.3‰. Odczyn dwuazowy dodatni.

25. VIII. Ciepłota normalna. Tętno 90. Oddech: 36. Stan ogólnej poprawy, kaszel wilgotny. Stan płuc jak wczoraj. Chlorków 8.01‰. Odczyn dwuazowy dodatni.

26. VIII. Ciepłota normalna. Tętno 90. Nad stłumieniem prawego płuca na całej przestrzeni głośny szmer oskrzelowy pokryty rzężeniami dźwięcznemi.

30. VIII. Ciepłota normalna, tętno 84. Oddech 24. Stłumienie nad prawem płucem mniej intensywne. Osłuchowo: obfite rzężenia wilgotne grubobańkowe, zgłębi szmer oskrzelowy chwilami słyszalny. W moczu odczyn dwuazowy ujemny, urobilinogen dodatni, chlorków: 9‰.

2. IX. Stłumienie ustępuje, szmer oskrzelowy znikł. Utrzymują się rzężenia wilgotne.

10. IX. Stan bezgorączkowy. Przytłumienie po stronie prawej jeszcze zaznaczone. Szmer pęcherzykowy u podstawy. Rzężenia wilgotne w mniejszej ilości.

19. IX. Odchodzi do domu wyleczony z wagą 31.400, bez zmian opukowych, w stanie dobrym, ze skąpemi rzężeniami wilgotnemi w prawem płucu.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Splenopneumonia Grancheri dextra.*

W 4 miesiące po wypisaniu dziecka ze szpitala pragnęliśmy stwierdzić jaki stan jego płuc, specjalnie czy nie zachodzi niebezpieczeństwo rozwoju gruźlicy u naszego chorego. W tym celu postaraliśmy się o dostarczenie chorego do szpitala, celem obserwacji. Chłopiec według wywiadów czuje się dobrze, nie gorączkuje, ma apetyt, jest wesoły.

Chłopiec pozostaje w dodatkowej obserwacji szpitalnej od 5. I. 1928 r. do 10. II. 1928 r. Przez ten czas ciepłota normalna.

Badanie stwierdza przy przyjęciu dnia 5. I. 1928 r. wagę ciała 31.550. Opukiwanie klatki piersiowej bez zmian, osłuchowo u podstawy dolnego płatu płuca prawego ognisko rzężeń wilgotnych średniobańkowych, pokrywających wdech i wydech pęcherzykowy. Roentgenogram płuc także ujemny. Badanie rentgenoskopijne i rentgenogramowe — po uprzedniem wprowadzeniu do oskrzeli jodypiny metodą Armand-Delila przetoką krtaniową — wypada również ujemnie.

Chory kaszle mało, wykrztusza z trudem i skąpo plwocinę śluzowo-ropną. Systematyczne badanie plwociny i kału nie wykazuje nigdy obecności prątków Kocha. Badanie krwi i moczu bez zmian.

Rezerwa alkaliczna 75.8. Metabolizm podstawowy (przyrządem Krogha) wykazuje 6, 35% obniżenia.

Chłopiec odchodzi 10. II. 1928 r. z wagą 32. 650 w stanie dobrym z utrzymaniem ogniskiem wilgotnych rzężeń.

Rozpoznanie *splenopneumonia Grancheri* było konsekwentną wypadkową trzech innych bowiązkowo się nasuwających koncepcji o istnieniu 1) zwykłego zapalenia płuc włóknikowego, lub 2) wysiękowego zapalenia opłucnej, 3) zwykłego zapalenia płuc z równoczesnym wysiękiem opłucnym.

Przeciw zwykłemu zapaleniu płuc płatowemu przemawiał fakt zniesienia drżenia głosowego i fakt zniesienia szmerów oddechowych obok równoczesnego wybitnego stłumienia opukowego prawej strony klatki piersiowej. Przez 10 dni nie udawało się wysłuchać ani objawu nawału płucnego w postaci charakterystycznego trzeszczenia wstępnego *(crepitatio indux)*, ani też objawu rozwiniętego nacieku w postaci szmeru oskrzelowego. Mimo że druga, ewentualnie także i trzecia, koncepcja nasuwała się z natrętną koniecznością, to jednak, wobec kilkakrotnie powtórzonego ujemnego wyniku nakłucia opłucnej, musiały i te pomysły, jako bezprawne ustąpić miejsca innej interpretacji. Ujemny wynik nakłucia stał także w zgodzie z innym faktem, a mianowicie z brakiem przesunięcia narządów sąsiadujących, serca i wątroby, które w wypadku istniejącego wysięku opłucnego prawostronnego winnyby były ulec przemieszczeniu. Ujemny wynik taśmowego objawu Pitresa przemawiał również przeciw istnieniu wysięku opłucnego.

Jedyną więc uprawnioną formą interpretacji obserwowanego obrazu klinicznego było rozpoznanie postaci zapalenia, czy przekrwienia płuc *(congestio)*, nazwanej przez Granchera postacią rzekomo-płucną.

Spleno-pneumonię opisał w r. 1883 Grancher jako postać „przekrwienia" płucnego, noszącego pozory wysięku opłucnego

---

*) Przypadek przedstawiony przeze mnie na pos. klin. Pol. Tow. Pedj. dnia 8. II. 1928 r.

średniego stopnia. „Ten stan chorobowy płuca jest rodzajem zapalenia płuc podostrego, symulującego zapalenie opłucnej z mierną ilością wysięku". Grancher, wyodrębniając tę postać chorobową płuca, nie stworzył właściwie nowej choroby t. j. nowej jednostki chorobowej, posiadającej własną etjologję i osobny charakter anatomopatologiczny, ale, różniczkując nowy zespół kliniczny, dał wyraz potrzebie, której doznawał klinicysta. Istotną treść nowego zespołu stanowiła suma objawów klinicznych, imitujących wysięk opłucnej w przypadkach, kiedy go wcale niema.

Jakkolwiek określenie zespołu Grancherowskiego przewiduje błędy rozpoznawcze, na które samo naraża i przestrzega przed pomieszaniem nowego pojęcia z zapaleniem płuc, lub ze stanami przekrwienia płucnego o typie pneumonicznym ,to jednak zdaje mi się, że właśnie trafne zrozumienie istoty syndromu w związku z objawami symulującemi wysięk opłucnej tam, gdzie go niema, upoważnia równocześnie lekarza do dość indywidualnego rozszerzenia pojęcia wspomnianego „rodzaju zapalenia płuc podostrego". Nie jest to chęć lepszego zrozumienia Granchera, niż on go rozumiał ale chęć stwierdzenia że życie samo utrzymało w praktyce pojęcie zespołu Granchera właśnie dla tych sytuacyj klinicznych, w których lekarz zmuszony jest myśleć o wysięku opłucnej, a w których po ujemnem nakłuciu przekonywa się o braku wysięku. Równocześnie badanie kliniczne i rentgenologiczne wyklucza istnienie centralnego nacieku zapalnego, lub międzypłatowego zapalenia opłucnej, czy stanu bezpowietrzności płucnej *(atelectasis)*. Sytuacje takie powstają, zdaniem autorów francuskich, w stanach ostrego przekrwienia płucnego (congestion pulmonaire aiguë) i to dla jednych (Delpeuch, Alfaro, Carrière, Caussade) przedewszystkiem jako pierwotna postać kliniczna pneumokokcji, a więc pneumokokowego zakażenia płuc, dla drugich (Queyrat) jako wtórna postać kongestji płucnej w przebiegu grypy, duru brzusznego, gośćca, malarji, czy w przebiegu zapalenia płuc („wtenczas usadawia się po przeciwległej stronie zapalenia płuc"). Zdaniem Queyrat'a i zdaniem Landouzy'ego zasługuje na baczną uwagę bliski stosunek choroby Granchera z gruźlicą. Bywa on często „pierwszą manifestacją gruźlicy".

Malloizel, omawiając w swojej tezie temat objawów rzekomo-opłucnych wypowiada zdanie, że są one każdorazowo wyrazem dyskretnie zachodzących dwóch uszkodzeń: jednego „kory" płucnej, drugiego opłucnej. We wszystkich przypadkach błona surowicza ulega obrzękowi. Opłucna jest zawsze zajęta w przebiegu *spleno-pneumoniae*. Opinję tę podziela Nobécourt.

Jeżeli przytoczyłem wyjątki z piśmiennictwa francuskiego, poruszające zagadnienie zespołu Granchera, to uczyniłem to świadomie w celu wykazania, jak szerokie, różne i dowolne kręgi zatoczyło to pojęcie w umysłach klinicystów, rozpatrujących sprawę tę pod względem symptomatologji, etjologji, czy patologji. Jednym z wielkich braków w zagadnieniu jest brak ustalonego fundamentu anatomopatologicznego. Samą nazwę: splenopneumonia wypożyczył był Grancher od Joffroy'a, który tę nomenklaturę chciał zachować dla określenia zmian masowej splenizacji. Nazwa Granchera spotkała się z protestami, a ciekawość anatomiczna klinicystów z zawodem, ponieważ Grancher oparł swój opis anatomopatologiczny na autopsjach przypadków wyłącznie gruźliczej splenopneumonji. Dopiero Bouicli doniósł o rzadkiej sekcji śledzionowatego zapalenia płuca, którego dolny płat przedstawiał masę ustaloną, nieelastyczną i nietrzeszczącą o barwie ciemno-czerwonej. Sekcja dotyczyła przypadku duru brzusznego. Histologicznie przegrody międzypęcherzykowe są zwykle rozszerzone z powodu nadmiernego wypełnienia naczyń włoskowatych krwinkami czerwonemi. Także większe naczynia są przepełnione krwią. Światło pęcherzyków płucnych ulega jużto zwężeniu z powodu nadmiernego przekrwienia naczyń, już to rozszerzeniu z powodu wysięku zapalnego. We wnętrzu pęcherzyków spotyka się liczne krwinki, poszczególne komórki nabłonkowe, leukocyty.

Z obrazu anatomicznego jest widoczne, że przestroga Granchera, aby lekarz błędnie nie mieszał w rozpoznaniu zespołu grancherowskiego stanów „podostrego przekrwienia" z zapaleniem płuc włóknikowem, była niefortunna i zbyteczna, bo 1) sam na zobrazowanie swojego klinicznego syndromu wbrew własnej definicji przytoczył cały szereg protokołów sekcyjnych zapalenia płuc śledzionowatego gruźliczego i 2) inni, chcąc go wyręczyć, pospieszyli z dostarczeniem obrazu mniej lub więcej zwykłego zapalenia płuc włóknikowego.

A jednak mimo tej pozornej dysharmonji życie utrzymało pojęcie klinicznego zespołu Grancherowskiego właśnie dlatego, że osią syndromu nie jest stopień ostrości choroby, ani ten, lub ów okres „przekrwienia" płucnego takiej, lub owakiej etjologji, ale osią jest suma objawów klinicznych, symulujących istnienie wysięku opłucnego tam, gdzie go niema. Z przytoczonego dla próby dowolnego sposobu interpretacji zespołu Grancherowskiego w piśmiennictwie francuskiem nie należy zdaniem mojem wyciągać nieopatrznie wniosku o panującym chaosie pojęć w tym kierunku. Jest to chaos tylko pozorny i rażący na pierwszy rzut oka lekarza, niewtajemniczonego w klasyfikację francuskiej kliniki stanów zapalnych płuca. Klinika francuska mianowicie rozróżnia cały szereg stanów t. zw. ostrego przekrwienia płucnego, które w naszej klinice zwykliśmy podciągać albo pod nazwę *bronchitis*, czy *bronchiolitis*, albo pod nazwę: *pneumonia*. Szkoła francuska stwarza przez to pole dla bardzo subtelnych i indywidualnych rozpoznań różniczkowych, ale powiększa mimowoli także embarras du choix lekarza.

Pojęcie ostrego przekrwienia płucnego (congestion aiguë) ma zwłaszcza w pedjatrji francuskiej ulubione prawo obywatelstwa, „bo wiek ten ma wyjątkową wrażliwość układu naczynioruchowego". Szkoła francuska rozróżnia: 1) ostre przekrwienie wtórne w przebiegu: zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc odoskrzelowego, zapalenia opłucnej, gruźlicy płucnej, schorzenia gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, kokluszu i t. p., 2) przekrwienia ostre pierwotne, samoistne (idiopatyczne) pod ogólną nazwą: Choroby Woillez'a. Jedne z nich symulują mniej lub więcej zapalenie płuc i tem się od niego różnią że są poronne 2—3 dniowe drugie mają objawy równoczesnego zapalenia opłucnej i przebiegają z równoczesnym wysiękiem, jako t. zw. przekrwienie opłucnowopłucne Potaina, Duflocqa, czy Serranta, albo też przebiegają bez wysięku jako t. zw. choroba Granchera (spléno-pneumonie, maladie de Grancher).

Wracając do naszego przypadku, zdaję sobie jasno sprawę, że każdy lekarz po przeczytaniu przedstawionej historji choroby ma prawo krótko zaopinjować że przypadek ten był „po prostu" zapaleniem płuc włóknikowem. I oczywiście ma rację, bo tak było. Można z większem, lub mniejszem prawdopodobieństwem dodać, że stan nawału był długi, że początek choroby był niejasny, ale że w rezultacie było to zapalenie płuc włóknikowe a nie przekrwienie ostre lub podostre. Za rozpoznaniem tem przemawiały wywiady, które donoszą wprawdzie, że choroba trwała w domu 2 tygodnie, ale wzmiankują równocześnie o nagłem podwyższeniu ciepłoty, które było bezpośrednią przyczyną skierowania chorego dziecka do szpitala. W czasie obserwacji szpitalnej fakt zatrzymania chlorków w moczu i hipocholesterynemji, jak również fakt nagłego spadku ciepłoty i potów z 8-go na 9-ty dzień choroby w szpitalu z równoczesnem wyrzuceniem obfitszem chlorków był charakterystyczny dla obrazu zapalenia włóknikowego. Także dodatni odczyn dwuazowy za tem samem przemawiał, nie mówiąc o obrazie zdrowienia, które po zjawieniu się szmeru oskrzelowego w prawem płucu wraz z następowemi rzężeniami wilgotnemi przebiegało charakterystycznie dla zejścia zapalenia płuc włóknikowego.

Wreszcie ważny wzgląd natury epidemjologicznej utwierdzać nas musiał w niewątpliwem przekonaniu, że choroba przebyta była zapaleniem płuc włóknikowem. W sierpniu obserwowaliśmy nasilenie epidemjologiczne letniego sezonowego zapalenia płuc włóknikowego wśród dzieci na materjale szpitalnym i ambulatoryjnym.

Jednomiesięczna obserwacja dziecka podczas powtórnego pobytu w szpitalu nie dawała prawa do rozpoznawania sprawy gruźliczej płuca, dawała tylko prawo do stwierdzenia ograniczonej sprawy zapalnej oskrzeli: *bronchitis circumscripta*. Na podstawie doświadczenia klinicznego można domyślać się z pewnem prawdopodobieństwem istnienia drobnych rozwijających się rozstrzeni oskrzelowych w dolnym płacie płuca prawego.

Oczywiście nie jest to temat, nadający się do rozstrzygnięcia. Nie znamy przeszłości patologicznej naszego chłopca, który jako sierota przybył bez potrzebnych wywiadów. Nie wiemy, czy przed przebytem u nas zapaleniem płuc przechodził jakie sprawy chorobowe w płucach, czy nie. Nie wiemy w szczególności, czy przechodził tak częstą chorobę wieku dziecięcego, jak koklusz. Nie wiemy, czy ognisko rzężeń u podstawy prawego płuca istniało przed zapaleniem płuc, przebytem u nas, czy nie.

Obraz ujemny rentgenografji z zastosowaniem lipjodolu, czy jak przez nas jodypiny, oczywiście nie wyklucza również istnienia nieznacznych rozszerzeń oskrzelowych bo, nie wchodząc w precyzję techniczną tego badania, wiemy, że wypełnienie się kieszonek rozstrzeni oskrzelowych zależy od warunków komunikacji oskrzela z wytworzonym obok zbiornikiem ropnym t. j. od szerokości, drożności i kąta ustawienia szyjki woreczka t. j. przetoki zbiornikowej w stosunku do oskrzela.

Sprawą istotną, która budzi główny interes kliniczny naszego przypadku jest fakt, że chłopiec 12-letni przebył zapalenie płuc włóknikowe, w którem przez 9 dni nie udawało się wysłuchać *crepitatio indux*, charakterystycznego dla okresu nawału. Zespół objawów klinicznych, imitujących istnienie wysięku opłucnego

w przypadku kiedy go nie było, stanowił zespół choroby Granchera.

Śledzionowate zapalenie płuc Granchera może więc przebiegać nie tylko jako „towarzyszące" zapaleniu płuc włóknikowemu z umiejscowieniem po przeciwnej stronie i nie tylko jako mniej lub więcej oporna postać kongestji ostrej lub podostrej, idiopatycznej lub wtórnej, ale zapalenie płuc Granchera może stanowić postać kliniczną zwykłego zapalenia płuc włóknikowego.

Piśmiennictwo:

Grancher: Bull. de la Soc. méd. des hôp. 1883. — Hutinel: Les mal. des enfts. T. IV. Paris 1909. — Michałowicz M.: Przegl. pedi. T. II. 1910. — Queyrat: Gaz. des hôpit. 1892. Rev. de méd. 1896.

A. LANDAU, B. JOCHWEDS i R. PEKIELIS. Warszawa.

O zespole żółtaczkowo-nerkowo-krwotocznym.

Z I-go oddziału chorób wewn. Szpitala Wolskiego. (Ordynator: Dr. A. Landau).

Chory H. W., l. 38, przybył do Szpitala dnia 20. VIII. 1927 r. W dzieciństwie był zdrów. W wojsku nie służył z powodu „szmeru w sercu", jednak poza wysiłkowem biciem serca żadnych większych dolegliwości nigdy nie odczuwał. 6 tygodni temu zjadł sporo tłustego mięsa wołowego; następnego dnia dostał odbijań zgniłemi jajkami; bólów ani wymiotów nie miał; 3-go dnia zauważono, że chory „jest żółty w oczach", jednocześnie mocz przybrał ciemną barwę, stolec był gliniasty, wolny; 10-go dnia chory zżółkł na całem ciele i tegoż dnia zaczęły się krwawienia z nosa. W trzecim tygodniu choroby rozwolnienia ustały, natomiast krwawienia z nosa stały się obfitsze, zaczęły również krwawić dziąsła. Od czwartego tygodnia stolec stał się zaparty. Chory skarży się na dokuczliwe uczucie pełności i ciężaru w dołku natychmiast po jedzeniu. Mocz od samego początku choroby jest b. ciemny, stolec był co do barwy zmienny — gliniasty, niekiedy jednak bywał koloru marchwi. Żółtaczka stale nasilała się, jednak zdarzyło się, iż przez kilka dni w ciągu choroby skóra była mniej żółta.

Gorączka zjawiła się dopiero 17. VIII. (t. j. w szóstym tygodniu choroby), wahając się w granicach 37,1—38,4°; ale już na 3 tygodnie przedtem chory miewał dreszczyki wieczorami i pocił się dość znacznie, pomimo, iż ciepłota nie przewyższała 36,5°. Od 10-ciu dni są b. obfite krwawienia z nosa i dziąseł; w stolcu nie było krwi świeżej, natomiast ostatnio stolec często bywa koloru ciemnego.

Od czterech tygodni dokucza choremu bardzo męczące swędzenie skóry.

Bólów głowy nie miewał. Sen kiepski. — Schudł znacznie. Apetyt niezły. Nie kaszle. Od kilku dni doznaje bicia serca.

Przez cały czas choroby chodził i pracował; leży w łóżku dopiero od 2-ch dni.

Od dzieciństwa zezuje. Od czasu choroby widzi i słyszy nie gorzej, niż poprzednio.

Rodzinne wywiady bez znaczenia. Nie pali, nie pije. Żona i dwoje dzieci — zdrowe.

21. VIII. 1927 r. Stan obecny: Budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Żółtawo-oliwkowe, b. nasycone zabarwienie powłok skórnych.

Jama ustna: obfite krwawienia z dziąseł. Język wilgotny, lekko obłożony. Krwawienia z nosa. Siniaki na kończynach dolnych wielkości dwuzłotówki powstałe samoistnie. Liczne ślady zadrapań, pokryte krwawemi skrzepami. Obrzęków niema.

Płuca: odgłos jawny, oddech pęcherzykowy; przepona ustawiona jest wysoko: od tyłu — IX m. ż., od przodu — V ż. Oddechów 20 na 1 m'; oddech b. głęboki i dość głośny (oddech toksyczny).

Serce: powiększone w wymiarze poprzecznym: L. d. = 4,5 cm: L. S. = 9·5 cm: tony czyste. I ton nad koniuszkiem mocny, II nad podstawą — niewzmożony. Tętno — 100 na 1', miarowe. Ciśnienie krwi: 130/65.

Jama brzuszna: brzuch nieco wzdęty, na poziomie klatki piersiowej. Wątroba powiększona, brzeg jej niezbyt ostry, wymacuje się na linji poprzeczno - pępkowej; wątroba bolesna na ucisk, twarda, o powierzchni gładkiej.

Pęcherzyk żółciowy niemacalny. Śledziona niemacalna; górna jej granica wypukuje się od VIII ż.

Źrenice: niezbyt szerokie, dobrze oddziaływują na światło i przystosowanie.

Odruchy ścięgniste zachowane, prawidłowe.

Mocz: w ciągu całego dnia 21. VIII. chory nie oddał moczu.

22. VIII. Mocz: c. g. — 1,023, kwaśny, — 800 cm sześć. na dobę. Barwa ciemno brunatna. Białka 0,06‰. Cukier: Urogen, Urona: ujemne. Bilirubina: +++. Kw. żółciowych (Hay) niema. Acetonu i kw. aceto-octowego niema.

Osad: 1) całe pole widzenia pokryte niezmienionemi krwinkami czerwonemi; 2) 5—6 leukocytów w p. w. (żółto zabarwionych), 3) wałeczki leukocytowe: 1—2 na preparacie.

Krew: Cz. c. — 3,600.000. Hb. = 72%. Wskaźnik barwnikowy = 1,0. B. C. = 18.000. Obojętnochłonnych = 90% (w tem pałeczkowatych — 10%). Limfocytów — 10%. Kwasochłonnych — 0%. Krążki czerwone bez zmian chorobowych.

Skaza krwotoczna: Czas krwawienia — 28'. Krzepliwość — 25'. Objaw opaskowy — ujemny.

Płytek — 150,000.

Bilirubina: próba bezpośrednia — v. d. Bergh'a jest dodatnia i natychmiastowa; pośrednia — 40 jednostek.

Białko w surowicy: 6,1% (oznaczone refraktometrycznie).

Odporność czerwonych krwinek: H_1 = 0,46% roztworu NaCl (początek hemolizy). H_3 = 0.26% roztworu NaCl (hemoliza całkowita).

Mocznik w surowicy: 1,5 gr‰.

Kwas moczowy: 150 mg‰.

Kał, otrzymany za pomocą lewatywy: ciemno-szary, wodnisty. Próby chemiczne na krew: (pyramidonowa i gwajakolowa) +++. Próba Schmidta na hydrobilirubinę (z sublimatem) ujemna. Pod mikroskopem: liczne krwinki świeże i wyługowane.

23. VIII. Ilość dobowa moczu: 1600 cm sześć. Własności moczu (białko, osad i t. d.) — jak dnia poprzedniego.

Mocznik w moczu: 0,6% = 9,6 g na dobę (na diecie ściśle węglowodanowej).

Posiew krwi: jałowy. Próba zlepna z pałeczkami durowemi oraz rzekomodurowemi B. i C. (dokonana z wieloma szczepami w Państw. Zakł. Higjeny) — ujemna.

Leczenie: choremu zastrzykiwano codziennie: 1) 100 cm³ 10% roztworu cukru gronowego + 10 cm³ 10% Calc. chlor. dożylnie; 2) 20 cm³ krwi ludzkiej domięśniowo; 3) 2 razy dziennie po 10 jednostek insuliny AB podskórnie; 4) dieta ściśle węglowodanowa, a mianowicie: owoce, jarzyny, pieczywo, kartofle, kasza, herbata z mlekiem lub sokami owocowemi.

23. VIII. T. — 38.0—36,4°. Tętno 96 na 1', miarowe, dobrze napięte. Oddech głęboki, głośny, 28 na 1'. Skarży się na bicie serca i ogólne osłabienie. Bólów głowy nie miewa. Krwawienia z nosa i dziąseł b. obfite. Liczba siniaków na kończynach dolnych zwiększa się. Wystąpiły siniaki wielkości dłoni w okolicy obu stawów łokciowych. Żółtaczka trwa bez zmian.

24. VIII. T. — 37,7—35,8°. Tętno 90 na 1'. R — 28 na 1'. Od rana męcząca czkawka. Znaczne obrzęki w obrębie lewego ramienia i przedramienia, niebolesne. Kończyny dolne nieobrzękłe. Krwawienia nieco mniejsze. Wzdęcie brzucha wybitniejsze. Wątroba na przedłużeniu l. przymostkowej i środkowej wyraźnie mniejsza, niż dnia poprzedniego (o 2 palce poprzeczne), mało bolesna na ucisk; brzeg jej wymacuje się na 3 palce pod łukiem żebrowym. Tegoż dnia rodzina zabrała chorego do domu.

25. VIII. T — 38,0—36,0°. Tętno — 100, słabo napięte. Krwawienia znacznie mniejsze. Czkawka wzmogła się. Chory przytomny, spokojny, zachowuje się naogół apatycznie. W nocy miał kilkakrotnie drgawki ogólne (kloniczne) bez utraty przytomności. Moczu oddał około dwóch litrów w ciągu doby. W nocy z dnia 25. VIII. na 26. VIII. chory zmarł.

* * *

W przypadku powyższym początek i przebieg choroby w ciągu pierwszych dziesięciu dni przypominał w zupełności obraz żółtaczki miąższowej, t. zw. nieżytowej. Pierwsze objawy polegały na odbijaniach zgniłemi jajami, biegunce i stanie podżółtaczkowym. Czy wystąpienie tych objawów należy wiązać ze spożyciem mięsa wątpliwej świeżości, jak to podawał chory, trudno twierdzić z całą stanowczością. Jednak dalszy bieg sprawy chorobowej jest już całkiem odmienny. Przedewszystkiem już 10-go dnia zjawiły się obfite krwawienia z nosa i z dziąseł, wówczas gdy w zwykłej żółtaczce czy to miąższowej, czy zastoinowej krwawienia występują dopiero po wielu tygodniach lub nawet miesiącach choroby. Żółtaczka wzmagała się u chorego coraz bardziej, a zmienne zabarwienie stolców, o którem wspominał chory, zależne było niewątpliwie od domieszki krwi, skutkiem czego stolec bywał nieraz ciemny. Również w szpitalu stolec był barwy ciemnej, pomimo ujemnej próby sublimatowej (próba Schmidta na sterkobilinę), natomiast próby na krew były wybitnie dodatnie. Pomimo ciężkiego stanu

ogólnego, chory nie przerywał pracy i dopiero podwyższona ciepłota (37,1—38,4°) i silne dreszcze, które zjawiły się b. późno, bo w końcu szóstego tygodnia choroby, zmuszają chorego do położenia się do łóżka.

Podczas badania chorego stwierdziliśmy b. znaczne nasilenie żółtaczki a zawartość bilirubiny w surowicy (40 jedn. = 200 mg w litrze zamiast normalnych 0,5 jednostki = 2,5 mg w litrze) przewyższała wszystkie otrzymane przez nas liczby. Już owa wysoka zawartość bilirubiny we krwi dowodziła całkowitego zahamowania w odpływie żółci do jelit, co istotnie było całkiem zgodne z brakiem urobiliny i urobilinogenu w moczu oraz sterkobiliny w kale. Pozatem mieliśmy w obrazie klinicznym objawy, świadczące o znacznem zwyrodnieniu i uszkodzeniu komórki miąższu wątrobowego, a mianowicie pomimo b. znacznej żółtaczki mocz chorego nie zawierał zupełnie kwasów żółciowych, a skaza krwotoczna polegała na wybitnie zmniejszonej krzepliwości (25 min. zamiast 8—10') oraz znacznie wydłużonym czasie krwawienia (28 min. zamiast 2'—3'), a nie zależała od uszkodzenia śródbłonków (*endotheliosis septica*), czego dowodem był brak objawu opaskowego. Znacznie wydłużony czas krwawienia i zmniejszenie krzepliwości krwi w przeciwstawieniu do prawidłowej liczby płytek i ujemnego objawu opaskowego, spostrzeganego u naszego chorego, opisywano już w piśmiennictwie, jako cechę daleko posuniętej niedomogi wątroby, m. inn. w przebiegu ostrego zaniku wątroby 6).

Trzecią składową częścią omawianego przez nas zespołu jest udział w nim nerek oraz zaburzenia w przemianie materji natury niewątpliwie toksycznej. Ciężki stan chorego całkowicie uniemożliwiał dokonanie dokładniejszych prób czynnościowego uszkodzenia nerek, jednak białkomocz z obecnością w osadzie wałków oraz znaczne zatrzymanie we krwi składników azotowych (zawartość mocznika — 1,5 g‰ w litrze zamiast 0,3‰ normalnie; kwasu moczowego 150 mg‰ zamiast 30 mg‰ stanowią bezsprzecznie dowody upośledzonej czynności nerek. Z drugiej strony podkreślić należy, iż wysoka azotemja u naszego chorego nie była pochodzenia wyłącznie nerkowego, wydajność bowiem dobowa moczu do końca życia była dość znaczna i dochodziła do 2-ch litrów. Musimy przypuścić, iż do azotemji u naszego chorego przyczynił się do pewnego stopnia również toksyczny rozpad białka wewnątrzustrojowego. (Zaznaczyć należy, że już Chauffard 2) podkreślał trudność ustalenia, co w ciężkich schorzeniach wątroby zależy od niedomogi wątroby, co zaś od niedomogi nerek). Zjawisko podobne jeden z nas opisał już w przebiegu zatrucia sublimatem 13), kiedy chorzy, pomimo sporej ilości moczu i stosunkowo obfitej w nim zawartości mocznika, posiadają b. wysokie poziomy mocznika w surowicy; również i w naszym przypadku chory po przejściowym bezmoczu oddawał do 1600—2000 cm³ moczu na dobę, zawartość zaś w nim mocznika wynosiła 0,6%, czyli do 9,6—12 g na dobę; liczba ta z uwagi na dietę ściśle bezbiałkową nie jest tak mała, jak by się to na pierwszy rzut oka wydawało. Objawem zewnętrznym ciężkiego ogólnego zatrucia ustroju był charakterystyczny głęboki oddech, t. zw. oddech Kussmaul'a, który od pierwszego dnia pobytu w szpitalu był wolny jeszcze — 20 na minutę, ale już trzeciego — przyspieszył się do 32 na 1'. Niestety, wobec protestów chorego nie mogliśmy otrzymać krwi żylnej celem oznaczenia zawartości CO_2 w niej i t. zw. liczby V. Slyke'a; nie mogliśmy również z powodu b. krótkiego pobytu chorego w szpitalu, określić bilansu azotowego i stosunku wzajemnego poszczególnych składników azotowych, na które zwracają uwagę Noel Fissinger et Henri Walter 1).

Opisany zespół krwotoczny (żółtaczka, skaza krwotoczna, uszkodzenie nerek) występuje najwybitniej w chorobie Weila.

Jednakże i poza chorobą Weila istnieje szereg stanów septyczno-toksycznych, które pomimo obecności powyższego zespołu różnią się od zwykłej choroby Weila, t. zw. *spirochetosis ictero-haemorragica* całokształtem obrazu chorobowego, odmiennym przebiegiem choroby oraz odmienną etjologją, jest to t. zw. zespół Weil'owski bez choroby Weila.

Również i w naszym przypadku brak było charakterystycznych dla choroby Weila cech, a mianowicie: nagłego początku z gorączką, bólów mięśniowych, okresowości i dwufazowości cierpienia; ciężki zaś stan ogólny wraz z niemocą zjawiły się nie odrazu, lecz dopiero po sześciu tygodniach. Natomiast całkowitego zahamowania odpływu żółci do dwunastnicy, zupełnego braku urobilinogenu w moczu i ujemnej próby sublimatowej w kale, które były wybitnie zaznaczone w naszym przypadku, naogół nie spostrzega się w chorobie Weila (Strasburger 12), Schott 3), Lepehne 4), Eppinger 5). Również postaci uszkodzenia nerkowego w chorobie Weila i u naszego chorego nie są jednakowe. W rozpoznaniu różniczkowo-rozpoznawczem wypada nam przedewszystkiem wyłączyć zatkanie mechaniczne zewnętrznych dróg żółciowych. Otóż przeciwko zatkaniu przewodu żółciowego (*ductus choledochus*) przez kamień lub inne przeszkody przemawiał stopniowy rozwój choroby, brak bólów, wczesne wystąpienie skazy krwotocznej, azocica i t. p., przeciwko uciskowi tegoż przewodu przez nowotwór lub marskość głowy trzustki — niemacalny pęcherzyk żółciowy i zbyt szybki przebieg cierpienia. Mieliśmy natomiast w naszym przypadku najprawdopodobniej do czynienia ze stopniowo postępującem i w końcu z tak znacznem uszkodzeniem miąższu wątroby, że w końcowym okresie choroby obraz kliniczny niemal utożsamiał się z ostrym żółtym zanikiem wątroby, czemu odpowiadałoby szybkie zmniejszanie się wątroby przed samą śmiercią. Nie stwierdziliśmy jednak w naszym przypadku niemal do ostatka objawów mózgowych: chory był raczej apatyczny, spokojny, przytomny aż do ostatniej chwili, nie miał bólów głowy, nie wymiotował, wszystko to przeczyło raczej istnieniu ostrego zaniku wątroby; dopiero drgawki i wymioty w ciągu ostatniej doby były charakterystyczne dla tego cierpienia.

Dwa objawy, o których zresztą była już mowa powyżej zasługują jeszcze w naszym przypadku na szczególne podkreślenie Niezwykle wysoki poziom bilirubiny we krwi (40 jednostek według v. d. Bergha = 200 miligram. w litrze surowicy) wraz z objawami klinicznemi ciężkiej niedomogi miąższu wątrobowego jest jedynym dowodem więcej, iż źródłem powstawania bilirubiny w ustroju ludzkim nie może być komórka miąższu wątrobowego. W poprzednich publikacjach, dotyczących żółtaczki, jeden z nas zwracał już parokrotnie uwagę na ten wielce wymowny szczegół. Głęboko schorzała komórka miąższu wątrobowego nie jest w żadnym razie w stanie wyprodukować takiego nadmiaru bilirubiny. Nadmiar bilirubiny we krwi i w moczu obok ciężkiego uszkodzenia miąższu wątrobowego świadczy, iż bilirubina powstaje poza komórką miąższową i że komórka ta w stosunku do barwnika żółciowego jest narządem wydalającym (ze krwi do żółci), a nie wytwórczym. Jeżeli u naszego chorego wątroba brała udział w powstawaniu żółtaczki, to chyba wyłącznie za pośrednictwem zawartych w niej elementów siateczkowo-śródbłonkowych t. zn. za pośrednictwem komórek Kupfer'a, których odporność na działanie czynników chorobotwórczych jest znacznie większa, aniżeli komórek miąższowych.

Drugiem zjawiskiem, które pragniemy uwydatnić, jest brak kwasów żółciowych w moczu naszego chorego, stwierdzony za pomocą stale ujemnej próby Hay'a. Obfita bilirubinurja i brak cholaturji świadczą, iż żółtaczka z jaką mieliśmy w naszym przypadku do czynienia, należy do rzędu rozszczepionych. Co jest powodem podobnego rozszczepienia? Na podstawie naszego, dość znacznego w tej sprawie doświadczenia możemy z całą stanowczością twierdzić, że gdybyśmy mieli możność u swego chorego przeprowadzić t. zw. próbę Labbe'go i Doumer'a z podawaniem doustnem 3 razy po 0,5 glikocholanu sodu¹), to odczyn Hay'a już w ciągu pierwszych 24-ch godzin zamieniłby się z ujemnego na dodatni.

Komórka miąższu wątrobowego, którą uważamy za jedyną wytwórnię żółcianów w ustroju, nie byłaby w stanie wychwycić ze krwi doprowadzonych w tej próbie żółcianów, zatrzymać ew. przerobić i odprowadzić do dróg żółciowych. Rozszczepiona żółtaczka u naszego chorego zależna jest od niedomogi ciężko uszkodzonej komórki miąższu wątrobowego, która z jednej strony przestała wytwarzać kwasy żółciowe, z drugiej zaś stała się nieprzepuszczalną dla bilirubiny, która zawarta jest we krwi w nadmiarze dlatego, iż ani na chwilę nieprzestała się wytwarzać w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Etjologja powyższego przypadku jest całkiem ciemna. Nie mamy żadnych danych faktycznych, któreby pozwoliły rozstrzygnąć, czy przypadek nasz należy zaliczyć do grupy schorzeń septycznych, przebiegających z zespołem Weila, t. j. z zespołem żółtaczkowo-nerkowo-krwotocznym, ale z odmiennym całokształtem klinicznym, a spowodowanych przez paciorkowce, gronkowce, laseczkę okrężnicy lub inne drobnoustroje (A. Frenkiel 7), de Paoli u. Givelli 8), J. Schnürer 9), czy też do grupy zatruć pokarmowych niebakteryjnych, dających ten sam zespół (H. Cramer 10), G. Stalling 11).

W n i o s k i. W przypadku burzliwie przebiegającej żółtaczki miąższowej, w którym na krótko przed śmiercią zaznaczyły się objawy ostrego zaniku wątroby, stwierdziliśmy zespół żółtaczkokowonerkowokrwotoczny, uważany za charakterystyczny dla choroby Weila (*spirochetosis ictero-haemorragica*). Stąd wniosek, iż zespół omawiany nie jest ściśle związany ze swoistym krętkiem, może występować poza chorobą Weil'a i towarzyszy znacznej nie-

¹) Dokonanie tej próby było niemożliwe z uwagi na krótki pobyt chorego w Szpitalu oraz niezwykle ciężki stan jego.

domodze wątroby, niezależnie od rodzaju czynnika chorobotwórczego, który niedomogę tę powoduje.

Piśmiennictwo:

1) Noel Fiessinger et Henry Walter: Diagnostic fonctionel du foie Masson. Editeurs 1925. — Chauffard: Traité de Medecine. — 3) Schott: M. med. Woch. 1916, s. 1509. — 4) Lepehne: Med. kl. 1918, Nr. 15, M. med. Woch. 1919, s: 619. — 5) Eppinger: Icterus. Kraus u. Brugsch. VI B, 2 H. III T., s. 230. — 6) Ibidem, s. 247. — 7) A. Fraenkel: D. med. Woch. 1889, s. 165. — 8) De Pavli u. Givelli: A. f. Gyn. 1904, LXXIII. — 9) J. Schürer: Weilsche Krankheit. Kraus u. Brugsch. II. B. III T. — 10) Cramer. D. med. Woch. 1889, s. 1067. — 11- G. Stalling: D. med. Woch. 1917, Nr. 11. — 12) Strasburger: D. A. f. kl. Med. 1918, CXXV, s. 108. — 13) A. Landau i M. Fejgin: O zatruciu sublimatem i sublimatowem zapaleniu nerek. Polskie Archiwum Medyc. Wewn. T. V, Z. IV, R. 1927. — 14) Stany żółtaczkowe, ich patogeneza i mechanizm. A. Landau i M. Fejgin. Pol. Przegl. Chirurg. T. VI, Z. II, 1927 r.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

W sprawie szerzenia się chorób zakaźnych w Ambulatorjum dla dzieci.

(Komunikat Polskiego Towarzystwa pedjatrycznego).

I. Drugi Zjazd Pedjatrów Polskich w Poznaniu w czerwcu 1924 roku stwierdził, że sprawa gruntownej reformy Ambulatorjum chorób dziecięcych stała się w ostatnich czasach palącą ze względu na system leczenia ambulatoryjnego przyjęty w kasach chorych. Ogromna większość ambulatorjów źle urządzonych i źle prowadzonych przynosi dzieciom bardzo wielką szkodę, przyczyniając się w znacznej mierze do szerzenia chorób zakaźnych przez wzajemne zarażanie się dzieci w poczekalniach, gabinetach lekarskich (szczególniej kokluszem i odrą).

Dlatego Zjazd powziął uchwałę, ażeby *„zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wezwaniem, aby jaknajrychlej zarządziła Komisyjną Rewizję stosunków, panujących w przychodniach dla dzieci"*.

II. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, jako wykonawca uchwał zjazdowych, przesłał powyższą uchwałę wraz z motywami do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, która następnie zwróciła się do Tow. Pedjatrycznego z prośbą *„o opracowanie wzoru, wskazującego minimum wymagań sanitarnych w poczekalniach i sposobu zgrupowania w nich chorych"*. Przepisy powyższe miały posłużyć za *„podstawę do wdrożenia przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych odpowiedniej akcji"*.

III. W czerwcu 1925 r. Tow. Pedjatryczne przesłało do Generalnej Dyrekcji Zdrowia *„Projekt przepisów, zapobiegających szerzeniu się chorób zakaźnych wśród dzieci w Ambulatorjach"*, zawierający: a) przepisy ogólne, b) przepisy w sprawie pomieszczenia i urządzenia ambulatorjum, c) przepisy normujące sposób czynności w Ambulatorjum dziecięcem.

IV. Wobec braku wszelkiej akcji w tym kierunku ze strony Ministerstwa, Zarząd Polskiego Tow. Pedjatrycznego zwracał się pismem odpowiedniem do Ministerstwa jeszcze kilkakrotnie w ciągu 1926 i 1927 roku.

V. W czerwcu 1927 r. zebrał się trzeci Zjazd pedjatrów polskich w Wilnie, który, wobec ważności poruszonej sprawy powziął powtórnie szereg uchwał w sprawie urządzenia i prowadzenia Ambulatorjów dziecięcych. Uchwały te były w czasie właściwym przesłane przez Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego do Ministerstwa.

VI. Z powyższego przedstawienia wynika, że upływają już cztery lata od chwili, kiedy Tow. Pedjatryczne rozpoczęło systematyczną akcję w celu zwalczania zakażeń śród dzieci w Ambulatorjach dziecięcych, wobec jednak zupełnej obojętności miarodajnych czynników akcja ta dotąd, niestety, nie dała żadnego wyniku.

Dlatego Zarząd Polskiego T-wa Pedjatrycznego zwraca się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą, aby dla dobra chorych polecił podwładnym sobie organom zająć się sprawą koniecznych reform w przychodniach dla dzieci, w myśl postulatów i higjeny społecznej.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Dr. med. M. ZWEJGBAUM, biblj. Tow. Lek. Warsz. Warszawa.

Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

(Przedruk z „Nowin społeczno-lekarskich", zeszyt 4, z r. 1928).

(Dokończenie).

Znajdywał, Znajdywano, Znajdywany, Znajdywanie.

Słowo *znajdować* zachowało w bezokoliczniku swą postać, nie zmieniwszy się wzorem słów: *rozkazywać, pokazywać* na szpetne *znajdywać*. Jednak w swej odmianie konjugacyjnej i w pochodnym rzeczowniku i przymiotniku uległo z czasem temu błędnemu przeistoczeniu, często więc mówi się i pisze: *Znajdywał, znajdywano, znajdywany, znajdywanie,* zamiast poprawnych znajdował, znajdowano, znajdowany, znajdowanie.

A oto przykłady:

„Benecke np. podał, że *znajdywał* rozrost tkanki łącznej w gruźlicy zwykle przy (!) dobrej budowie tkanki płucnej, silnym układzie mięśniowym i mocnem sercu" (zamiast: ...znajdował rozrost tkanki łącznej w gruźlicy zwykłej obok dobrej budowy tkanki płucnej...).

W przypadkach nieżytu nosa lub gardzieli przeważnie *znajdywano* ziarniaki nieżytowe czyli mikrokoki kataralne..." (zamiast: W przypadkach nieżytu nosa lub gardzieli znjdowno przeważnie ziarniaki nieżytowe...).

„Najwybitniejsze zmiany *znajdywano* w zwojach środkowych" (zamiast: Najwybitniejsze zmiany znajdowano w zwojach środkowych).

„W komórkach zaś rdzenia *znajdywano* pustki" (zamiast: ...znajdowano pustki).

„Przewód Gartnera rzadko *był znajdywany* (!) jako kanał drożny na całej długości" (zamiast: Przewód Gartnera rzadko znajdowano jako kanał drożny na całej długości).

„Gruczoły śluzowe warg mniejszych, *znajdywane* w nich w życiu płodowem..." (zamiast: Gruczoły śluzowe warg mniejszych, znajdowane w nich w życiu płodowem...).

„Opierając się głównie na wspomnianych dwu objawach oraz na przypadkowych zmianach w jamie brzusznej *znajdywanych*, sprawę rozmaicie i zwykle błędnie interpretowano" (zamiast: ...oraz na zmianach przypadkowych, znajdowanych w jamie brzusznej, sprawę interpretowano rozmaicie i zwykle błędnie).

Imiesłów „dotyczący" w błędnem znaczeniu przymiotnikowem.

Wyraz „dotyczący" wymaga po sobie dopełniacza (na pytanie kogo, czego). W drukach lekarskich często jednak spotkać się można z nadużyciem tego wyrazu w znaczeniu przymiotnikowem przez naśladownictwo niemieckiego „der betreffende". W tem błędnem znaczeniu wyraz „dotyczący" jest w zdaniu albo zupełnie zbyteczny, alboteż można go z powodzeniem zastąpić zaimkami: on, ten, ów lub przymiotnikami: właściwy, odpowiedni, wzmiankowany, wymieniony i t. p. Czasami nawet wystarczy zmienić układ zdania, aby wyrazowi temu nadać znaczenie właściwe: np. błędem stylistycznym będzie, gdy powiemy „dotyczące rachunki kosztów znawców", natomiast będzie poprawnie, gdy, przestawiając w zdaniu wyrazy, zdanie to zmienimy w sposób następujący: „rachunki znawców, dotyczące kosztów".

Oto szereg przykładów błędnego używania wyrazu „dotyczący", zaczerpniętych z pism i dzieł lekarskich:

„Ubezpieczenie to obejmuje nietylko samych pracowników, lecz także ich rodziny... to znaczy wszystkich, pozostających na utrzymaniu *dotyczącego* pracownika" (zamiast: ...wszystkich, pozostających na utrzymaniu ubezpieczonego pracownika).

„Płaca, za którą ten lekarz sprzedaje wolność swego zawodu... znaczy w dochodach *dotyczącego* lekarza pozostanie nie wiele" zamiast... znaczy w dochodach jego pozornie wiele). („.... to znaczy że wojewoda może *dotyczące* zarządzenie wydawać... samodzielnie" (zamiast: ...to znaczy, że wojewoda może odpowiednie zarządzenia wydawać... samodzielnie).

„Kolega... przedstawia preparaty drobnowidowe trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz omawia **dotyczący** przypadek" (zamiast: Kolega... przedstawia preparaty drobnowidowe trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz omawia właściwy przypadek).

„Bez dokładnej psychoanalizy uchodzić mogą *dotyczące* osobniki w rzeczywistości za psychopatyczne" (zamiast: Bez dokładnej psychoanalizy osobniki te uchodzić mogą w rzeczywistości za psychopatyczne).

„Włosy *dotyczącego* zwierzęcia" (zamiast: Włosy wzmiankowanego zwierzęcia).

„B. S. Schultze podaje z *dotyczącego* piśmiennictwa... 53 przypadków (!) skrętu macicy mięśniakowej" (zamiast: B. S. Schultze podaje z odpowiedniego piśmiennictwa... 53 przypadki skrętu macicy mięśniakowej).

„Pierwsze *dotyczące* publikacje (o wstrzykiwaniu aolanu w stomatitach) pochodzą od Nissena" (zamiast: Pierwsze publikacje, dotyczące aolanu w zapaleniach jamy ustnej, pochodzą od Nisena).

O nadużywaniu wyrazów: odnosić ,odnosić się, odnośny, odnośnie, w odniesieniu.

Nasi pisarze lekarscy bardzo często posługują się temi wyrazami, które są w mowie polskiej zbędnem zupełnie naśladowaniem obcych wzorów, mianowicie: niemieckich i rosyjskich.

Słowa „odnosić", „odnosić się", są rusycyzmami. Po polsku mówić należy: dotyczyć, tyczyć się, stawiać w zależności, łączyć i t. d.

„Odnośny" jest naśladowaniem niemieckiego d e r b e t r e f f e n d e i zastąpić go należy wyrazami: odpowiedni, właściwy, stosowny, przynależny, wspomniany, a często zaimkami: ten, ów, swój.

„Odnośnie", „w odniesieniu" są rusycyzmami (otnositielno, w otnoszenji) lub germanizmami (in betreff, betreffs, relativ) bardzo często nadużywanemi zamiast zwrotów czysto polskich: pod względem, co do, w stosunku do lub dotyczący (jako imiesłów).

Oto dość liczne przykłady tych naleciałości obcych, zebranych na polskiej mowie lekarskiej:

„Pierwszy przypadek *odnosi się* do 26-letniego mężczyzny" (zamiast: Pierwszy przypadek dotyczy 26-letniego mężczyzny).

„Z pewnością nie brak dobrych chęci, trudu i poświęcenia ze strony redaktorów i *odnośnych* komisyj redakcyjnych" (zamiast: ...ze strony redaktorów i odpowiednich komisyj redakcyjnych).

„Proszę o zarządzenie by... należytości... wypłacono zaraz z *odnośnego* zaliczenia..." (zamiast: Proszę o zarządzenie, by... należytości wypłacono zaraz z odpowiedniego zaliczenia).

„Niestety *odnośny* lekarz (niedawno sprowadzony) nie wysiedział na miejscu" (zamiast: Niestety, wspomniany lekarz nie wysiedział na miejscu).

„Dla wyjaśnienia takiego zachowania się tych otworów dołączam opis przypadku wraz z *odnośnemi* wyjątkami z protokołu sekcji" (zamiast: Celem wyjaśnienia takiego zachowania się tych otworów, dołączam opis przypadku wraz z odpowiedniemi wyjątkami z protokołu sekcji).

„Mitrydates Pontejski uodparniał się (!) przeciw rozmaitym jadom w ten sposób, że pił krew kaczek, które karmione były *odnośnemi* jadami" (zamiast: Mitrydates Pontejski uodparniał się przeciw rozmaitym jadom w ten sposób, że pił krew kaczek, które były karmione odpowiedniemi jadami).

„Długotrwałego, lata całe trwającego efektu opoterapeutycznych zabiegów (!) można było oczekiwać od przyswojenia leczonemu ustrojowi gruczołów dokrewnych stale funkcjonujących i zaopatrujących go w *odnośne* hormony" (zamiast: Długotrwałego, lata całe trwającego efektu zabiegów opoterapeutycznych można było oczekiwać od przyswojenia leczonemu ustrojowi gruczołów dokrewnych, stale funkcjonujących i zaopatrujących go w hormony właściwe).

„Ciekawem (!) jest to, że rozwój gruczołów mlecznych z zawartością *odnośnej* sekrecji osiągnięto u młodych kastrowanych samców po injekcji tejże substancji (z ciałka żółtego") (zamiast: Ciekawe jest to, że rozwój gruczołów mlecznych z zawartością właściwej sekrecji osiągnięto...).

„A więc (uważano za specjalistów) profesorów i docentów wydziału lekarskiego *odnośnych* praktycznych przedmiotów" (zamiast: A więc profesorów i docentów wydziału lekarskiego właściwych przedmiotów praktycznych).

„Zna każdego osobnika, noszącego *odnośne* nazwisko" (zamiast: Zna każdego osobnika, noszącego właściwe nazwisko).

„Ostatni Mochikanie kołtunizmu, przeważnie wychowańcy Uniwersytetu i Akademji Wileńskiej, gdzie najdłużej utrzymywały się *odnośne* tradycje, przetrwali aż do drugiej połowy XIXw." (zamiast: ...gdzie najdłużej utrzymywały się tradycje, tyczące się kołtuna...).

„Trudności z niemożności pogodzenia sprzecznych poglądów zdają się być nie rozwiązane, a polegają na upośledzeniu lekarzy, przy (!) konstruowaniu *odnośnej* ustawy" (zamiast: ...a polegają na upośledzeniu lekarzy, układających stosowną ustawę).

„*Odnośne* przypadki nie są w piśmiennictwie odosobnione" (zamiast: Przypadki te nie są w piśmiennictwie odosobnione).

„W *odnośnym* przypadku ciąża nie ulega wątpliwości" (zamiast: W danym przypadku ciąża nie ulega wątpliwości).

„Nie wynika stąd bynajmniej, że wojewoda traci ingerencję w sprawach sanitarnych *odnośnie* Kas Chorych" (zamiast: Nie wynika stąd bynajmniej, że wojewoda traci wpływ w sprawach sanitarnych, które dotyczą Kas Chorych).

„Dopełniono ocenę (!) projektu Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych *odnośnie* artykułów 14 i 26" (zamiast: Dopełniono oceny projektu ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych co do artykułów 14 i 26).

„Zdaje się, iż klinicyści używają wszystkich tych terminów na zmianę *odnośnie* do jednego i tego samego przypadku" (zamiast: Zdaje się, iż klinicyści używają na zmianę wszystkich tych terminów, dotyczących jednego i tego samego przypadku).

„W naszym przypadku *odnośnie* do zabiegu na samej kiszce zachowaliśmy pewne zasady, które jak sądzimy, powinny być regułą (!)" (zamiast: W naszym przypadku co do zabiegu na samej kiszce zachowaliśmy pewne zasady, które, jak sądzimy, powinny stale obowiązywać).

„W dyskusji *odnośnie* do pierwszego przypadku prof. B. przypomina podobne przypadki z praktyki prywatnej" (zamiast: W dyskusji nad pierwszym przypadkiem prof. B. przypomina podobne przypadki z praktyki prywatnej).

„*Odnośnie* do przytoczonego przez nas artykułu 8 ustawy z 2 grudnia 1921, nie trzeba było być prorokiem, aby przewidzieć jakie będą jego skutki" (zamiast: Co do przytoczonego przez nas artykułu 8 ustawy z 2 grudnia 1921...).

„Należy uwzględnić stanowisko, jakiemu hołduje 1-a klinika wiedeńska *odnośnie* do cięcia cesarskiego" (zamiast: Należy uwzględnić stanowisko, jakiemu hołduje 1-a klinika wiedeńska w stosunku do cięcia cesarskiego).

„Prawo to natury *odnośnie* do przechowywania gatunków zwierzęcych najbardziej uwydatnia się pośród niektórych owadów" (zamiast: Prawo to natury, dotyczące przechowywania gatunków zwierzęcych, najbardziej uwydatnia się pośród niektórych owadów).

„Nie było wtedy żadnych przepisów *odnośnie* do tytułu specjalisty" (zamiast: Nie było wówczas żadnych przepisów, dotyczących tytułu specjalisty).

„Lekarz lichwiarz, to tak rzadki wyjątek, że ogół nie próbuje tego występku *w odniesieniu* do lekarzy generalizować" (zamiast: Lekarz lichwiarz, to tak rzadki wyjątek, że ogół nie próbuje uogólniać tego występku w stosunku do lekarzy).

„Mem zdaniem *w odniesieniu* do tej instytucji (pomocy lekarzy dla pracowników państwowych) należało się kierować oportunizmem" (zamiast: Mem zdaniem, w stosunku do tej instytucji należało się kierować oportunizmem).

„Zapatrywania na rolę wpływu zimna i wilgoci... zasługują na wyszczególnienie *w odniesieniu* do naczyniowych nefropatyj (!)" (zamiast: Zapatrywania na rolę wpływu zimna i wilgoci... zasługują na wyszczególnienie w stosunku do nefropatyj naczyniowych).

„Statystyczne dane (!) ...*w odniesieniu* do przypadków powyżej lat 60 — mają już mniejsze znaczenie... (zamiast: Dane statystyczne... dotyczące przypadków powyżej lat 60 — mają już mniejsze znaczenie).

„Wobec nie wyczerpanego jeszcze materjału naukowego *w odniesieniu* do omawianego tematu, poprzestanę na tej wzmiance" (zamiast: Wobec niewyczerpanego jeszcze materjału naukowego, który dotyczy omawianego tematu, poprzestanę na tej wzmiance).

„To jednak, co określiłem powyżej *w odniesieniu* do typów zasadniczych, może być drogowskazem w tym zawiłym labiryncie zjawisk biologicznych" (zamiast: To jednak co określiłem powyżej jako typy zasadnicze, może być drogowskazem...).

„Czyż nie znajdziemy odpowiedzi na najważniejsze patogenetyczne problemy (!) *w odniesieniu* do nerek"? (zamiast: Czyż nie znajdziemy odpowiedzi na najważniejsze problematy patogenetyczne, dotyczące nerek?).

„Według Eppingera ma (!) gruczoł tarczykowy pewien związek z przemianą materji *w odniesieniu* do chloru" (zamiast: Według Eppingera, gruczoł tarczowy ma pewien związek z przemianą materji w stosunku do chloru).

„*W odniesieniu* do człowieka stwierdził autor tę samą zależność przewodnictwa kostnego i próby Rinnego od resonansu kości czaszkowych" (zamiast: Autor co do człowieka stwierdził tę samą zależność przewodnictwa kostnego...).

„Kreśli (Pletniew) historję rosyjskiej medycyny (!) *w odniesieniu* do chorób wewnętrznych" (zamiast: Kreśli historję medycyny rosyjskiej w dziedzinie chorób wewnętrznych).

„Istota i środki działające przyrodolecznictwa *w odniesieniu* do uzdrowisk“ (zamiast: Istota i środki działające przyrodolecznictwa w stosunku do uzdrowisk).

OCENY.

Prof. Dr. W. Gądzikiewicz: *Chleb i piekarstwo w oświetleniu higjeny.* Warszawa r. 1928. Wydawnictwo Związku Spółdzielni Spożywców R. P.

W Polsce prócz prof. Mauritzia, który na temat powyższy napisał był już podręcznik znany w piśmiennictwie niemieckiem — nikt bardziej od prof. Gądzikiewicza nie był powołany do napisania tego rodzaju podręcznika-książki. Kwalifikacje w tym względzie zdobył sobie Autor 6-letnią pracą w charakterze doradcy higjenicznego, lekarza fabrycznego i prowadzącego badania jakości surowców i gotowego produktu w zbudowanej podczas wojny światowej w r. 1916 w Petersburgu fabryce chleba, wyrabiającej dziennie około 120.000 kg chleba i zaopatrującej w ten artykuł spożywczy z górą $^{1}/_{3}$ część ludności wielkiego miasta stołecznego.

Każdy, kto uprzytomni sobie wzrost znaczenia chleba w odżywianiu ludności w okresie wojennym w krajach zachodnich, a tem bardziej w państwach centralnych i w polskich dzielnicach tychże państw zaborczych, w których w okresie przedwojennym odżywianie chlebem nie posiadało takiego znaczenia jak w okresie wojny — w każdym razie o wiele mniejsze znaczenie niż w Rossji — ojczyźnie „chliborobów“, w której znaczenie dobroci chleba dla zaspokojenia szerokich warstw ludności najwcześniej zrozumiano i najwcześniej doceniono realizując fabryczny jego wyrób — zrozumie, jak wielkie i wdzięczne zadanie miał do spełnienia prof. Gądzikiewicz jako lekarz fabryczny i doradca higjeniczny, z iłu i jak doniosłemi zagadnieniami miał możność przytem się zetknąć, do nich się ustosunkować — ile doświadczenia i własnego poglądu na sprawę aprowizacji mas chlebem miał możność zebrać. To też książka o chlebie i piekarstwie w oświetleniu higjeny nosi wybitne cechy tego doświadczenia i każdy fachowiec — naukowy, czy praktyk — z przyjemnością weźmie ją do ręki, przykuty zwięzłością przedstawienia przedmiotu, ze stanowiska higjenicznego istotnie przedstawionego możliwie wyczerpująco.

Okoliczności te zwalniają sprawozdawcę od bliższego rozpatrywania treści poszczególnych rozdziałów — zwłaszcza w sprawozdaniu przeznaczonem dla kół lekarskich — niespecjalistów higjenicznych. Lekarze urzędowi państwowi i komunalni znajdą wiele cennych wskazówek w książce, pozwalających im na odpowiednie ustosunkowanie się w ich działalności.

Książka ta odda usługi nietylko higjeniście, powołanemu do czuwania nad jakością chleba przeznaczonego do szerszej konsumpcji; — szczególną usługę odda ona przemysłowi piekarskiemu. Jest ona najlepszą i praktyczną propagandą przemawiającą za koniecznością zmechanizowania pracy w piekarstwie, za przebudową dotychczasowych — conajmniej nieraz średniowiecznych — metod pracy w tym przemyśle rzemieślniczym, metod utrzymujących się nietylko na głębokiej prowincji. Związek Spółdzielni Spożywców R. P. dając inicjatywę do tego wydawnictwa, a Ministerstwo Spraw Wewnętrznych finansując je zasłużyły się istotnie na razie propagandzie, niewątpliwie z realizacją następową postulatów — około poprawy jakości chleba, a tem samem lepszemu odżywianiu się szerokich warstw ludności. Podręcznik ten winien rozpowszechnić się nietylko pośród spółdzielni spożywców, ale wśród wszystkich piekarzy.

Dr. Leonard Bier.

Dr. H. Ruge: *25 lat leczenia zimnicy w zakładzie badania chorób okrętowych i tropikalnych,* spostrzeżenia zebrane na 2924 przypadków. Nakład: Johann Ambrosius Barth, Lipsk. — Praca opatrzona bardzo licznemi tablicami statystycznemi, wyciągami z historji chorób, krzywemi przebiegu ciepłoty, nie nadaje się do krótkiego streszczenia. Zaznaczyć tylko wypada, że autor odróżnia trzy typy choroby t. j. trzeciaczkę, czwartaczkę i zimnicę tropikalną. W leczeniu najprzedniejsze znaczenie posiada chinina podana doustnie. Szczegóły należy przeczytać w oryginale.

Dr. med. Eryk Schwalm: *Opieka nad gruźliczymi (Tuberkulose-Fürsorge).* Nakład: Curt Kabitzsch, Lipsk. — Książka według stronicy tytułowej jest przeznaczona dla pielęgniarek pracujących przy chorych i w poradniach gruźliczych. Na 92 stronicach podaje autor wszystkie ważniejsze wiadomości o chorobach zakaźnych wogóle, a w szczególności o gruźlicy, jako przewlekłej chorobie zakaźnej. Drogi zakażenia gruźlicą, zmiany chorobowe w narządach zwłaszcza w płucach, znaczenie sił ochronnych ustroju, obraz choroby, wczesne rozpoznanie, sposoby leczenia, sposoby zapobiegania, organizacja walki z gruźlicą, zadanie pielęgniarek w poradni gruźliczej i w mieszkaniu chorego — wszystko opisane jest dość przystępnie; może tylko niektóre rozdziały jak n. p. anatomja patologiczna i patologja choroby są dla pielęgniarek zbyt szczegółowo opracowane, natomiast mniej drobiazgowo rola pielęgniarki w zwalczaniu gruźlicy. Na ogół praca godna przeczytania także i dla lekarza, w szczególności dla pracującego w poradni gruźliczej i kształcącego pielęgniarki.

W.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Higjena życia codziennego, rok III, nr. 5, z 15 maja 1928: Rozmaite wskazówki praktyczne z dziedziny higjeny życia codziennego.

Medycyna, rok II, nr. 21 z 26 maja 1928: Z. Radliński: Chirurgja opłucnej. — W. Mikułowski: Przyczynek do kliniki gruźlicy „zamkniętej“ u dzieci. — St. Kramsztyk: Podstawy leczenia żelazem w świetle nowych badań. — B. Molkner: O wartości leczniczej Neosalutanu. — D. W. Missiuro: Współczesne metody selekcji lotników.

Przegląd antropologiczny, tom III, zeszyt I—II, z r. 1928: George Papillault: O szczątkach Juljusza Słowackiego. — J. Talko-Hryncewicz: Juljusz Słowacki jako typ antropologiczny. — A. Wrzosek: Kilka uwag o czaszce Słowackiego zwłaszcza o jej asymetrji. — J. Ćwirko-Godycki i B. Skokowski: Wzrost młodzieży szkolnej w Poznaniu w latach 1922 do 1927. — A. Wrzosek: Fałda mongolska u dzieci i młodzieży szkół poznańskich. — K. Stołyhwo: Sprawozdanie ze Zjazdu antropologów w Kilonji (Kiel). — Z. Talko-Hryncewicz: O pochodzeniu Indjan Amerykańskich.

Nowiny społeczno-lekarske, rok II, zeszyt 11, z 1 czerwca 1928: Cz. Wiedzki: Lekarz naczelny w Kasach chorych. — Br. Bartkiewicz: Czy lekarzowi wolno odmówić wykonania sekcji? Z życia organizacyj lekarskich. — Izby lekarskie.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 6, z r. 1928: E. Piasecki: Niektóre doniosłe zagadnienia naukowe wychowania fizycznego. — W. Haberkantówna: Uwagi w sprawie nauczania higjeny w gimnazjach. — W. Wisłocka: Gimnastyka lecznicza w szkole.

Klinika oczna, rok VI, zeszyt 1, z 30 kwietnia 1928: K. Karelus: Zaćma w przypadkach zwyrodnienia wodnistego ciałka szklistego i jej leczenie. — J. Ruszkowski: O postępowaniu operacyjnem przy zwiotczeniu powiek. — K. Grafowa i J. Mikulińska: Przypadek połowiczego obrzęku z równoczesnym połowiczym zanikiem tarczy n. wzrokowego. — M. Jasiński: Refraktometryczne badanie płynu komory przedniej w przypadkach schorzeń oczu i w stanie prawidłowym. — A. Wieczorek: O podpowiekowej torbieli skórzaka. — W. Arkin: O nawrotowych krwotokach siatkówki. — M. Jasiński: Przeszczepienie twardówki w przypadkach jej garbiaka. — J. Szymański: Kliniki skandynawskie.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, tom VII, nr. 94, z maja 1928: J. Weitzkorn: Wartość stosowania Aricylu u koni. — J. Kulczycki: Leczenie nimfomacji u klaczy zapomocą zabiegu chirurgicznego. — K. Kulikowski: Kontrola sanitarna mleka w Warszawie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVII, nr. 4, z 1 czerwca 1928: S. Kramsztyk: O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem. — Dr. Klemens Dębicki: Wspomnienie pośmiertne.

Ginekologja Polska, rok 1928, tom VII, zeszyt IV—VI za kwiecień, maj i czerwiec 1928: II Zjazd ginekologów polskich w Poznaniu. — S. Sierakowski: Kilka uwag w sprawie badań na rzeżączkę. — H. Gromadzki: Znieczulenie lędźwiowe w ginekologji. — K. Wiślański: Odczyny skórne w ciąży. — J. Doliński: Przypadek urazowego złamania kości udowej i zwichnięcia w stawie biodrowym lewym u noworodka podczas ciąży. — H. Torończyk: O pewnej postaci braku miesiączkowania na tle niedomogi gruczołu tarczowego. — A. Garbień: Wysokie proste

ustawienie główki. — E. Jarociński i W. Szenwic: Zropiała torbiel skórzasta otwarta do pochwy. — K. Zaleski: O stosowaniu surowicy przeciwpłoniczej w zakażeniu połogowem. — M. Wojtulewiczówna: Guz Krukenberga. — K. Wiślański: W sprawie działania hormonów. — E. Klemczyński i Cz. Ryll-Nardzewski: Przypadek herpes gestationis. — J. Laskowski: Kilka uwag w związku z „Odpowiedzią" Z. Monsiorskiego na moją ocenę i rozbiór jego teorji patogenezy mięśniaków. — Z. Monsiorski: „Ostatnie słowo" polemiki z Dr. J. Laskowskim w sprawie mej teorji patogenezy mięśniaków. — F. Hłasko: W sprawie powikłań i rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet i o wskazaniach do jego usuwania podczas operacji ginekologicznych.

Lekarz wojskowy, tom XI, nr. 3—4, za marzec i kwiecień 1928: K. Karaffa-Korbut: Jan Antoni Rapczewski. — H. Becker: Badanie papryki używanej do wyrobu konserw mięsnych dla wojska. — W. Gądzikiewicz: Najprostsze sposoby zastosowania rachunku prawdopodobieństwa w pracach lekarskich. — A. Huszcza: Ciśnienie atmosferyczne i jego oddziaływanie na ustrój. — K. Karaffa-Korbut: O chorobach zawodowych robotników, zajętych w fabrykach materjałów wybuchowych. — Wł. Karaffa-Korbut: Zależność działania arsin jako gazów trujących od ich budowy chemicznej. — A. Karnicki: Klasyczne cięcie cesarskie jako operacja wyboru w przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia przy żywym płodzie. — K. Karnicki: Przypadek kostniaka oczodołu. — W. Lindeman: Toksyczne własności siarczków organicznych. — A. Ławrynowicz i Z. Bohdanowiczówna: Stan awitaminowy, jako podłoże dla czynników zakażenia. — J. Polak: Zadania miast polskich w dziedzinie zdrowotności. — St. Rondomański: Badania powietrza w koszarach na zawartość bezwodnika kwasu węglowego. — St. Rudzki: Kartka z życia społecznego lekarzy petersburskich. — G. Szulc: Procentowa ocena jadłospisów dekadowych w formacjach wojskowych. — A. Safarewicz i J. Kiewlicz: W sprawie odnalezienia wody wodociągu m. Wilna. — St. Władyczko: W sprawie snu i marzeń sennych. — Fr. Białokur: Materjały do historji służby zdrowia w Powstaniu styczniowem.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

R. XLVIII. 1927.

D. Vernieuwe: *Le Syndrom de Vernet.* Zbiór objawów Verneta polega na częściowem lub zupełnem porażeniu nerwów czaszkowych: IX, X i XI-ego. Z punktu widzenia laryngologicznego oznacza to porażenie zupełne lub połowiczne podniebienia miękkiego, porażenie górnego zwieracza gardła *(constrictor sup. pharyngis)*, porażenie krtani i schorzenia nerwów smakowych; w następstwie tego chory jest zachrypnięty, głos jego jest nosowy, pokarmy płynne wracają przez nos, wreszcie istnieją zaburzenia smakowe. Anatomicznie możnaby „syndrom Verneta" nazwać też zbiorem objawów otworu dla żyły szyjnej, ponieważ w tem miejscu przebiegają razem wyżej wymienione nerwy i w tem miejscu musi działać noxa chorobowa. Przyczyny te mogą być pochodzenia urazowego np. po postrzale, zapalnego lub uciskowego. — Autor opisuje 2 przypadki zbioru objawów Verneta: w pierwszym istniała przyczyna zapalna a mianowicie zapalenie zakrzepowe zatoki szyjnej, schodzące aż do opuszki żyły szyjnej — w następstwie ropnego zapalenia ucha środkowego. Po operacji (otworzenie zatoki i opuszki i wyjęcie skrzepów) objawy nerwowe ustąpiły. W drugim przypadku chodziło o guza noso-gardlanego, który wychodził z okolicy ujścia trąbki Eustachjusza a powiększając się uciskał powyższe 3 nerwy czaszkowe.

Paul Ardouin: *La névralgie faciale essentielle et le névralgisme facial.* Nerwoból twarzowy, w ścisłem tego słowa znaczeniu, jest chorobą poważną i bardzo przykrą. Charakterystyczne objawy tej choroby są: jednostronność bólu, perjodyczne przerwy w bólach, przeczulica okolicy zajętej, ścisłe ograniczenie do terenu nerwu trójdzielnego bez zajęcia innych nerwów czaszkowych, początkowe umiejscowienie, nie dotyczące nigdy odrazu wszystkich 3 gałęzi. Ten nerwoból twarzowy, pierwotny należy odróżnić od różnych nerwobólów wtórnych, przedewszystkiem od stanu bolesnego, które Sicard nazwał *„Nevralgisme facial"*. Przez określenie to rozumie Sicard bóle twarzy nieokreślone, rozlane, nie ograniczające się do okolicy nerwu twarzowego, często obustronne. Bóle te trwają czasem przez szereg dni bez przerwy, później mogą ustąpić na dłuższy czas. Leczenie tych stanów powinno być czysto psychiczne a efekt jest wątpliwy; podczas gdy leczenie właściwych nerwobólów twarzowych daje bardzo dobre wyniki przez wstrzykiwania 90% alkoholu wprost do nerwu trójdzielnego.

Rebattu et Parthiot: *Laryngite à fausses membranes primitive à pneumobaccile de Friedländer.* Autorowie opisują przypadek zapalenia krupowego krtani, wywołanego przez pneumobacillus Friedländera; zapalenie przebiegało b. łagodnie ze względu na fakt, że w kulturze wyhodowano obok typowych pneumococców także pojedyńcze bakterje gramododatnie, podobne do dyfterytycznych — zastanawiają się autorowie nad pytaniem, czy w danym wypadku nie chodziło o zakażenie mieszane, przyczem bakterje Friedländera zwalczyły zakażenie dyfteryczne, a przynajmniej jego ciężkie objawy. — O ileby tego rodzaju spostrzeżenia się powtarzały możnaby — zdaniem autorów — przyjąć że istnieje antagonizm między bakterjami Friedländera a Loefflera; antagonizm ten możnaby wyzyskać w walce z dyfterja.

A. Sercer: *Exentération sous — muqueuse du larynx comme méthode de thérapeutique des sténoses définitives.* Przez zwężenia definitywne rozumie autor te stany chorobowe, w których proces patologiczny jest już ukończony a stan krtani nie ulega dalszym zmianom. W tych przypadkach, zwłaszcza, jeżeli chodzi o unieruchomienie strun głosowych i chrząstek nalewkowych, poleca autor podśluzowe wycięcie części miekkich. Sercer opisuje 3 przypadki, w których osiągnął doskonałe wyniki przez zastosowanie powyższej metody.

Girolamo Pansini: *Croup primitif et faux-croup par corps étranger dans le tube laryngo - tracheal.* Autor opisuje 2 przypadki ciał obcych w krtani u małych dzieci które były rozpoznane i leczone jako dyfterja. Za tem rozpoznaniem przemawiała negatywna anamnesa i obraz kliniczny zwłaszcza powoli rozwijająca się duszność. W pierwszym przypadku badanie bakterjologiczne dało wynik dodatni, jednak 4-krotne wstrzyknięcia surowicy przeciwdyfterytycznej pozostało bez wpływu na stan chorobowy; wyleczenie nastąpiło po wykaszleniu pestki z melona. W przypadku drugim przyszło do zejścia śmiertelnego a obdukcja wykazała małą ość w krtani.

T. Wąsowski: *Pneumatisation de l'apophyse mastoide et otorrhée.* Na podstawie dokładnej analizy materjału kliniki otolaryngologicznej we Wilnie stwierdza autor, że budowa wyrostka sutkowego wpływa w znacznym stopniu na przebieg procesu ropnego w nim. W wyrostkach pneumatycznych występuje najczęściej przebieg ostry, ze stosunkowo znikomą liczbą powikłań, natomiast w wyrostkach diploëtycznych stwierdza się częściej skłonność procesu chorobowego do szerzenia się w głąb kości, częstsze są ropnie okołozatokowe i zewnątrzoponowe; pozatem przechodzi ropienie często w stan przewlekły.

J. Rebattu: *Syndrome des quatre derniers nerf craniens (Syndrome de Collet) par tumeur de la dure — mère.* Autor opisuje przypadek guza dobrotliwego (meningoblastoma), wychodzącego z opony twardej i umiejscowionego w okolicy otworu dla żyły szyjnej i kanału kłykciowego kości potylicznej. Kliniczny obraz przedstawiał porażenie 4 nerwów czaszkowych: IX, X, XI i XII (zbiór objawów Colleta). Rozpoznanie postawiono dopiero na stole sekcyjnym. — Pierwszym objawem klinicznym, wyprzedzającym na szereg miesięcy — wszystkie inne, było porażenie struny głosowej z silną chrypką.

Spira jun.

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

Nr. 3. 1928.

H. Higier (Warszawa): *Lekarz i leczenie.* Autor występuje przeciw hypochondriom, które często lekarze tworzą i krzewią. I tak zwraca się przeciw nieuzasadnionemu długotrwałemu leczeniu syfilityków, przeciw hypochondrji nadciśnienia krwi, zwapnienia tętnic i rozmaitych skaz. Ludzie ci myślą bezustannie o swym moczu, który zawiera piasek moczanowy, ceglasty i kamienie. W Polsce kwitnie jeszcze bujnie hypochondrja dietetyczna z wiarą w wielką różnicę pomiędzy czarnem a białem mięsem. Hypochondrja zdrojowisk i sanatorjów przeważnie u chorych na serce i płuca, którzy pragną wyjeżdżać tylko do dalekich zagranicznych miejsc kąpielowych, choćby wśród wielce niekorzystnych warunków. Lekarze podtrzymują często i śledzennictwo seksualne a najnowsza forma śledzennictwa jest hypochondria roentgenographica.

M. Iger (Mińsk): *O słoniowaciźnie w gruźlicy.* Przypadek słoniowacizny części płciowych mężczyzny z powodu wrzodu

gruźliczego szyi i dwa przypadki słoniowacizny kończyn dolnych z powodu gruźlicy.

John Edmiston Bauman Fremont, Nebraska U. S. A.): *Uwagi o sile szympansów*. Próby udały się tylko z trzema szympansami na maszynie, którą małpy pociągały zapomocą przytwierdzonego sznura i łańcucha. Siła małp przewyższała znacznie siły zaprawionych studentów. Autor wnioskuje, że wolne życie leśne małp zachowało im ten znaczny zasób siły.

Martin (zastępca dyrektora Instytutu Pasteura w Paryżu): *Przeciwbłonicze szczepienie anatoksyną Ramona*. Anatoksyna Ramona jest zmodyfikowana przez formaldehyd i służy do profilaktycznych szczepień dzieci, liczących ponad 6 miesięcy. Szczepienie odbywa się trzykrotnie w odstępach 15 dni. Szczepienia są tak pewne jak szczepienia ospy krowianką. To też Komisja epidemjologiczna Akademji lekarskiej w Paryżu wypowiedziała życzenie, żeby przeciwbłonicze szczepienia anatoksyną były systematycznie przeprowadzone u dziatwy szkolnej.

Bluth (Neuenahr): *Nowoczesne leczenie cukrzycy*.

Francuzow: *Wyprawa lekarsko - sanitarna przez Mongolję*. Ciąg dalszy. W stolicy Mongolji są dwa szpitale, cywilny i wojskowy. W każdym z nich jest oddział z lekarzami europejskimi i tybetańskimi. Chorzy oddziału europejskiego są w budynkach, tybetańskiego zaś w namiotach. Medycyna naukowa przyjmuje się tylko powoli, m. i. mongolski minister spraw wewnętrznych sam jest lekarzem tybetańskim.

Niema prawie żadnej społecznej ani osobistej higjeny. Naczynia i ciała nie myje się, namiotów i ubrań nie czyści, mydło zna tylko niewiele osób w większych miastach. Użycia bielizny nie znają, mężczyźni i kobiety noszą takie same kaftany i spodnie, których nie zmieniają, aż się rozlecą w strzępy. Mimo to niektóre niewiasty mają czyste ciało. Tylko kobiety myją sobie twarz i głowę zwykłą wodą albo z dodatkiem popiołu. Oczywiście, że choroby skórne, zwłaszcza świerzb są bardzo rozpowszechnione. Dzieci kąpie się tylko po urodzeniu w owczej zupie. Nawóz bydlęcy służy za opał, wychodków niema, tylko liczne psy sprzątają wydzieliny. Choroby weneryczne stanowią prawdziwą klęskę socjalną. Jagli a jest rzadka, śmiertelność kobiet i niemowląt bardzo wielka.

Pace (La Spezia): *O leczeniu oparzeń ócz ogniem lub chemikaljami ciepłą surowicą końską*. 35 przypadków, przeważnie chemicznych oparzeń oka leczonych codziennym zapuszczaniem do oka surowicy ogrzanej do 40° C. Czas leczenia jest skrócony o połowę, blizny nieznaczne, nie przychodzi ani do stulejki powiek ani do ich zrostu z gałką oczną *(blepharophimosis et symblepharon)*. Zwłaszcza uszkodzenia rogówki goją się tkanką przeźroczystą.

I. Fels (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Zagłebia Dąbrowskiego.

Protokół Dorocznego Zebrania Walnego w dniu 25 stycznia 1928 r.

Zebranie zagaił o godz. 9—15 po poł. przy udziale 27 członków i 1 gościa, prezes T-wa Dr. Kozłowski, proponując na przewodniczącego Dra Zdanowicza, co przyjęto przez aklamację; na sekretarza zebrania powołano Dra Wiśniewskiego.

p. I. Dr. Wiśniewski odczytał protokół z poprzedniego ogólnego zebrania T-wa 26 stycznia i 4 maja 1927 r. co zostało przyjęte do wiadomości.

p. II. Dr. Wiśniewski odczytał sprawozdanie sekretarza za rok 1927 o działalności Twa, wymieniając skład Zarządu, Sądu Koleżeńskiego i Komisji Rewizyjnej, zaznaczając, że T-wo w końcu roku sprawozdawczego liczyło 62 członków (w tem jeden członek honorowy Kol. Rożkowski i jeden członek korespondent Kol. Sianowski), o przyjęcie do T-wa zgłosił się 1 kolega. Opuścił Zagłębie Dąbrowskie, przenosząc się do Warszawy Kol. Stawiński Marjan.

Zebrań odbyło się w ciągu roku ubiegłego 10, w tem jedno Ogólne Nadzwyczajne 4 maja 1927 r. i jedno Walne Zebranie wszystkich lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego 20 czerwca 1927 r celem zorganizowania na terenie Zagłębia Związku Lekarzy Słowiańskich.

Odczytów wygłoszono 16, pokazów 8, a mianowicie:

Kol. Butkiewicz: *„Nephritis haematurica essentialis"*.

Kol. Czarski: *„Dalszy ciąg teorji i odczynu Abderhaldena"*.

Kol. Nasiłowski: a) *Spostrzeżenia i uwagi nad odżywianiem niemowląt w Zagłębiu*. — b) *Przyczyny niekarmienia piersią*. c) *Sprawozdanie z III Zjazdu Pedjatrów Polskich*.

Kol. Osiński: *„O zastosowaniu elektryczności w medycynie"*.

Kol. Perłowski: a) *O sphigmomanometrji i klinice stanów hypertonicznych*. b) *etjologja, rokowanie i leczenie stanów hypertonicznych*.

Kol. Puterman: a) *Zaburzenia sercowe w zależności od zaburzeń ze strony narządów trawienia*. — b) *O przewlekłej niedokrwistości zakaźnej i jej etjologji*.

Kol. Rożkowski: *„O bólu"*.

Kol. Ryder: a) *O urodzeniach nieżywych płodów z punktu widzenia statystyki*. — b) *O nowej organizacji służby zdrowia w powiecie Będzińskim*.

Kol. Schwarzbard, ordynator Szpitala Izraelickiego w Krakowie: *„Lecznictwo niemoty i jej znaczenie społeczno-lekarskie*.

Kol. Witkowski: a) *Z kazuistyki usunięcia przyrośniętego łożyska*, — b) *z kazuistyki przypadków akuszeryjnych, eclampsja, dodatkowe łożysko*.

Przypadki przedstawili i omówili:

Kol. Białostocki: *erythema nodosum*.

Kol. Ingster: *erythema nodosum*.

Kol. Nasiłowski: a) *erythema nodosum*, — b) *megacolon*, c) *stan po meningitis cerebrospinalis epidemica*, — d) *poliomyelitis anterior epid*.

Koledzy Puterman i Branicki: *Eunuchoidismus*.

Kol. Puterman: *Staruszkę lat 112*.

T-wo nasze przyczyniło się kwotą 150 zł. do ufundowania tablicy pamiątkowej ś. p. Dra Biegańskiego w Częstochowie i zorganizowało na terenie Zagłębia Związek Lekarzy Słowiańskich.

p. III Kol. Kotarski odczytał sprawozdanie z działalności Sądu Koleżeńskiego, z którego wynika że była rozpatrywana sprawa między Kolegami Bieńkowskim i Ruczyńskim. Ogólne Zebranie zaproponowało odczytanie wyroku, co odłożono do następnego posiedzenia z powodu nieobecności sekretarza.

p. IV. Sprawozdanie skarbnika odczytał Kol. Wołkowicz.

Dochód Zł. 4.907, 80

Rozchód Zł. 4.894, 43

Saldo na 1928 r. — 13 zł. 37 gr.

zaciągnięto pożyczkę w 1926 r. z funduszu 2% Związku Lekarzy Obwód Zagłębia Dąbrowskiego w kwocie 1000 zł. i od Dra Suchodolskiego 100 zł. Zapłacono %-ów funduszowi 2%-mu — 50 zł

p. V. Sprawzdanie Komisji Rewizyjnej odczytał Kol. Faliński, wynika zeń, że wszystkie pozycje są w należytym porządku.

p. VI. Bibljotekarz T-wa Kol. Czarski zaznacza, że bibljoteka niezupełnie jeszcze jest uporządkowana.

W roku sprawozdawczym T-wo prenumerowało:

16 pism polskich,

9 pism francuskich,

3 pisma niemieckie.

Książek nabyto polskich 33.

Kol. Czarski proponuje przyjęcie płatnego urzędnika do wydawania książek, co po dyskusji uchwalono.

p. VII. Kol. Wołkowicz przedstawia projekt budżetu na rok 1928 w sumie 4.760 z., co po dyskusji uchwalono. Wniosek Kol. Wołkowicza o podwyższenie składek do T-wa celem wyrównania budżetu do 5 zł. kwartalnie uchwalono większością głosów. Wniosek Kol. Starzyńskiego o sposobie spłacania długu zaciągniętego przez T-wo z funduszu 2% uchwalono 16 głosami spłacać dług po 200 zł. rocznie w ciągu 5 lat.

p. VIII. Przez balotowanie na członka T-wa przyjęto Kolegę Marczyńskiego Józefa.

p. IX. Przystąpiono do wyboru Zarządu T-wa. Głosów oddano 27. Na prezesa otrzymali Kol. Kozłowski 13 gł., Kol. Puterman 2, Kol. Suchodolski 4, Kol. Zahorski 4, Kol. Butkiewicz 2, Kol. Zdanowicz 1, jedna unieważniona.

Wobec braku większości i braku kworum, wybory odłożono do następnego posiedzenia.

Protokół Dorocznego Walnego Zebrania w II Terminie w dniu 15 lutego 1928 roku.

Zebranie zagaił przy udziale 26 członków i 1 gościa Kol. Zdanowicz.

P. I. Wybory Zarządu: Oddano 22 głosy. Prezesem T-wa został wybrany Kol. Kozłowski (15 gł.). — Wice-prezesem T-wa został wybrany Kol. Puterman (13 gł.). — Sekretarzem wybrany Kol. Krogulski (16 gł.).

P. II. Wybory Komisji Rewizyjnej: Wybrani Koledzy: Zelenay (22), Zdanowicz (21), Faliński (23).

P. III. Wybory Sądu Koleżeńskiego: Wybrani Koledzy: Kotarski (19), Zahorski (19), Suchodolski (19). — Zastępcami Koledzy: Ruczyński (12), Wójcik (17).

P. IV. W sprawie zmniejszania wpłat członkowskich dla nowowstępujących członków, uchwalono, że nowowstępujący członkowie mogą korzystać z ulg w zależności od stanu materjalnego i od decyzji Zarządu.

(—) *Dr. A. Zdanowicz* (—) *Dr. Wiśniewski*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. med. Aleksander Zawadzki

Dnia 14 maja 1928 roku rozstał się z tym światem ś. p. dr. med. Aleksander Zawadzki, ordynator II Oddziału chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Urodzony w roku 1870 w Warszawie, ukończył w r. 1894 uniwersytet tamże cum eximia laude.

Jeszcze z czasów uniwersyteckich, idąc za popędem swej bujnej i żywej natury rwącej sie do życia czynnego, brał udział w walce z epidemjami cholery (w Lublinie w r. 1892 i w Warszawie 1894 r.).

Z narażeniem życia i samarytańskim poświęceniem oddał się zupełnie na usługi chorych; a spostrzeżenia swe i doświadczenia, zdobyte na tym terenie pracy ogłosił drukiem.

Tym ideałom pozostał wierny przez całe życie.

Po ukończeniu wydziału lekarskiego pracuje od 1894—1901 w klinikach warszawskich kształcąc się gorliwie w chirurgji.

W r. 1901 jedzie do Wrocławia na klinikę prof. Mikulicza, by się zaznajomić z stanem nauki na zachodzie, szczególnie w Niemczech.

Po roku usilnej pracy powrócił do kraju, pracował jako asystent na oddziale Dr. Rauma, a w 1906 r. zostaje mianowany ordynatorem nadetatowym oddziału chirurgicznego w szpitalu praskim. W r. 1914—1915 aż do wkroczenia Niemców prowadził w szpitalu Dzieciątka Jezus miejski lazaret na 500 łóżek.

W r. 1916 obejmuje samodzielnie oddział chirurgiczny w szpitalu Przemienienia Pańskiego, pracuje niezmordowanie na tem stanowisku aż do chwili, kiedy złowroga choroba zwaliła Go na łoże boleści, z którego się już podnieść nie miał!

W r. 1919 uformował i poprowadził na front podczas wojny polsko-ukraińskiej pociąg chirurgiczny (imienia Paderewskiej).

W r. 1920 wyjeżdżał na front podczas wojny bolszewicko-polskiej na inspekcję lazaretów chirurgicznych. W r. 1926 jako inspektor Pogotowia Ratunkowego kierował akcją ratowniczą podczas walk majowych, za co został odznaczony złotym Krzyżem zasługi.

Ś. p. Al. Zawadzki brał czynny udział w życiu lekarskiem. Był członkiem Tow. chirurgów Polskich, Warszawskiego Tow. chirurgicznego, członkiem Rady Komitetu do zwalczania raka i Zarządu Polskiego Tow. gastrologicznego.

Niespożyte zasługi położył na polu propagandy nauki polskiej zagranicą. Od kilkunastu lat uczestniczył w różnych zjazdach zagranicznych biorąc w nich żywy udział czy to jako referent czy to zabierając głos w dyskusjach.

Od roku 1902—1914 był członkiem niemieckiego Tow. chirurgów, od r. 1905 był członkiem francuskiego Tow. „Association chirurgicale pour le Congrés“, brał udział corocznie w zjazdach tego Towarzystwa, przewodnicząc często obradom jako prezes honorowy.

Dzięki zabiegom ś. p. Al. Zawadzkiego nastąpiło zbliżenie chirurgji polskiej do francuskiej. Obecnie liczba członków Polaków wyżej wymienionego stowarzyszenia wynosi około 30. Kilkakrotnie organizował wspólne wycieczki chirurgów do Francji.

Od r. 1905 był Zmarły członkiem międzynarodowego Tow. chirurg. Jako uczestnik Zjazdów międzynarodowych starał się przed wojną europejską wraz z prof. L. Kupiskim o stworzenie Komitetu polskiego w łonie Tow. międzynarodowego. Niestety opór Niemców i Rosjan był nie do zwalczenia. Dopiero po odzyskaniu niepodległości podjął ś. p. Al. Zawadzki te starania ze zdwojoną energją i osiągnął to, że nie tylko powstał Komitet polski, ale, że na ostatnim Zjeździe w r. 1926 w Rzymie uchwalono aby następny Zjazd urządzić w Warszawie w lipcu r. 1929. Zawadzkiego wybrano na sekretarza tego Zjazdu, co było ukoronowaniem Jego akcji propagandystycznej.

Spuścizna naukowa po ś. p. Al. Zawadzkim jest nader bogata; około 65 prac naukowych, ogłoszonych drukiem w języku polskim, niemieckim i francuskim. Oprócz chirurgji, którą nadewszystko umiłował, zajmował się również innemi gałęziami wiedzy lekarskiej. Z dziedziny bakterjologji ogłosił kilka ciekawych prac jak „Zählplatte zu den Petrischen Schalen“ (Zblt. f. Bakteriologie u. Pathologie XIV Bd. 1893, Nr. 19), „Trzy nowe gatunki bakteryj wodnych“, (Gazeta lekarska 1895, Nr. 22) i inne.

Pracując dłuższy czas jako lekarz szkolny ogłaszał drukiem swe spostrzeżenia z zakresu higjeny szkolnej. Przeważną część Jego prac jest poświęcona chirurgji czaszki, naczyń, serca i przedewszystkiem chirurgji brzusznej, której się specjalnie poświęcił. Rozwój współczesny tej gałęzi chirurgji polskiej zawdzięczamy w dużej mierze ś. p. Al. Zawadzkiemu. W licznych pracach i odczytach zjazdowych omawiał rozmaite problemy z chirurgji przewodu pokarmowego oświetlając je wszechstronnie i przejrzyście, ulepszył i uprościł technikę operacyjną jak n. p. operacji wyrostka robaczkowego, wprowadził kilka nowych narzędzi w celu ułatwienia zabiegu, jak klamrę żołądkową, stosowaną przy wycięciu i t. d.

Poważny dorobek stanowią również jego odczyty i prace z zakresu chirurgji wojennej, o ranach postrzałowych czaszki i mózgu, kręgosłupa i rdzenia, naczyń, płuc, serca i kończyn.

Wybitny talent chirurgiczny, bystry umysł rozpoznawczy, głęboka wiedza i bogate doświadczenie kliniczne stawiały ś. p. Al. Zawadzkiego w szeregu najwybitniejszych chirurgów współczesnej doby.

Gromadził obok siebie szereg młodszych lekarzy, z którymi chętnie się dzielił wiedzą i doświadczeniem, nieszczędząc cennych rad i wskazówek. Dla swych uczniów i asystentów był nie tylko wyrozumiałym szefem i dobrym nauczycielem lecz także prawdziwym przyjacielem.

Cieszył się też pełnem zaufaniem swych najbliższych współpracowników, którzy Go szanowali i kochali.

Cześć Jego pamięci!

Dr. med. Franciszek Niewiadomski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

VI. Zjazd Higjenistów polskich we Lwowie odbędzie się w dniach 7 i 8 lipca b. r. Program Zjazdu jest następujący: Piątek dnia 6 lipca: Zebranie towarzystkie w salach Hotelu Krakowskiego o godz. 9 wieczorem. — Sobota dnia 7 lipca. O godz. 8 rano: Msza św. w Bazylice łacińskiej. O godz. 9 przedpołudniem (punktualnie): 1. Otwarcie Zjazdu w sali posiedzeń Izby Handlowo-przemysłowej ul. Akademicka 17. 2. Wybór Prezydjum Zjazdu. 3. I. Referat: Uzdrowotnienie małych miast i wsi. 1) Dr. Józef Polak (Warszawa): „Zadania gmin w dziedzinie zdrowotności“. 2) Gen. Inż. Eugenjusz Kątkowski (Warszawa): „Zaopatrzenie w wodę, kanalizacja i inne sposoby usuwania nieczystości z małych miast“. 3) Prof. Dr. Zdzislaw Steusing (Lwów): „Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości na wsi oraz normalizacja tych urządzeń“. 4) Inż. Włodzimierz Rabczewski (Warszawa): „Bruki i plantacje w małych miastach“. 5) Inż. Henryk Przyłęcki (Warszawa): „O usuwaniu odpadków i śmieci z małych miast i wsi“. 6) Inż. Kazimierz Żardecki (Lwów): „Higjena opału gazowego“. 7) Dyskusja. — Popołudniu odbędzie się zwiedzanie miejskich Zakładów gazowych, czyszczenia miasta i rzeźni. — Wieczorem przedstawienie w Teatrze Wielkim. — O godz. 7 wieczorem odbędzie się uroczysta Akademja z powodu pięćdziesięciolecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, na którą Komitet jubileuszowy zaprasza uczestników-lekarzy Zjazdu. — Niedziela 8 lipca. O godz. 7 rano punktualnie: Zwiedzanie Zakładów elektrycznych miejskich, Panoramy racławickiej. O godz. 8.30 przedpołudniem punktualnie w sali posiedzeń Izby Handlowo-przemysłowej: II. Referat: Organizacja szpitalnictwa w Polsce. 1) Dr. Witold Przywierczewski, arch. Felicjan Rakiewicz i radca min. Rudolf Sikorski (Warszawa): „Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłem stuleciu, ze szczególnem uwzględnieniem rozwoju szpitalnictwa na obszarze byłego zaboru rosyjskiego“. 2) Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań:) „Organizacja szpitalnictwa w Wielkopolsce“. 3) Inspektor szpitali Małopolski Dr. Kazimierz Lipski (Lwów): „Rys historyczny rozwoju ustawodawstwa szpitalnego w Małopolsce i wnioski co do wskazań w obecnem ustawodawstwie szpitalnem“. 4) Dr. Bolesław Jakimiak (Warszawa): „Dzieje szpitalnictwa w b. Kongresówce“. 5) Dr. Władysław Starkiewicz (Warszawa): „Sprawozdanie z prac Komisji szpitalnej Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego od początku działalności do chwili obecnej“. 6) Dr. Witold Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Rudolf Sikorski (Warszawa): „Stan obecny i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego“. 7.

Dyskusja. — Popołudniu o godz. 3.30 punktualnie: 1. Uchwalenie rezolucyj zjazdowych. 2) Zamknięcie Zjazdu. O godz. 4.30 popołudniu. Zwiedzanie galeryj, muzeów i t. p. miasta Lwowa. Zwiedzenie pawilonów chorób zakaźnych. Miejskiego Zakładu sierót przy ul. Kadeckiej. O godz. 9 wieczorem. Raut, wydany przez Prezydjum miasta dla uczstników Zjazdu. — Poniedziałek dnia 9 lipca. O godz. 8 rano. Wycieczka do Woli Dobrostańskiej dla zwiedzenia wodociągów miejskich i wykład Inż. Stanisława Aleksandrewicza, dyrektora wodociągów: „Zaopatrzenie w wodę miasta Lwowa". Po Zjeździe odbędzie się wycieczka po uzdrowiskach Małopolski. Uczestnicy Zjazdu i osoby im towarzyszące będą korzystać z ulg kolejowych (66% zniżki biletu powrotnego). Zgłoszenia na mieszkanie należy uskutecznić pod adresem Komitetu organizacyjnego. O adresie mieszkania dowiedzą się uczestnicy w biurze zjazdowem na dworcu kolejowym zaraz po przyjeździe, tu też otrzymają inne informacje. — Główne biuro zjazdowe znajdować się będzie w Izbie Handlowo-Przemysłowej. Uczestnictwo w Zjeździe wraz z przesłaniem udziału należy skierowywać pod adresem Komitetu organizacyjnego: Lwów, Piekarska 52, Komitet organizacyjny VI Zjazdu Higjenistów Polskich. Opłata za udział w Zjeździe wynosi 15 zł, dla osób towarzyszących 7 zł. W skład Prezydium honorowego Zjazdu wchodzą: PP. Wojewoda Lwowski, Komisarz Rządu p. o. prez. m. Lwowa J. Strzelecki, zast. Kom. Rządu Prof. Dr. Matakiewicz, J. M. Rektor Uniw. J. K. Ks. Dr. Gerstman, Rektor Politechniki, Prof. Dr., Tokarski, Rektor Ak. Med. Wet. Prof. Dr. Markowski. Za Komitet organizacyjny Zjazdu: przewodniczący *Prof. Dr. W. Nowicki,* sekretarz gen. *Dr. Doliński,* nacz. lek. m. Lwowa.

Ze świata.

Program VI Zjazdu międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego urządzanego w Rzymie od 24 do 28 września b. r. przez włoski związek przeciwgruźliczy. 15—24 września: okres wstępny poprzedzający otwarcie Zjazdu. Taryfa ulgowa na kolejach włoskich od granic Włoch do Rzymu i ośrodków organizacyj przeciwgruźliczych. — 24 września: g. 10: Zebranie Komitetu Wykonawczego Związku Międzynarodowego; g. 16: Zebranie Rady Związku Międzynarodowego; g. 10—17: Rozdanie odznak i dokumentów członkom Zjazdu; g. 21: Przyjęcie urządzone przez prezesa włoskiego związku przeciwgruźliczego. 25 września: g. 8: Dalszy ciąg rozdawania znaczków i dokumentów; g. 10 m. 30: Uroczyste otwarcie Zjazdu na Kapitolu; g. 11 m. 30: Referat i dyskusja na temat kliniczny: Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej. Ref. prof. Rocco Jemma (Neapol); g. 11: Odczyt prof. Eug. Morelli z Pawji: C. Forlanini a odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc; g. 14 m. 30: Zwiedzanie sanatorjum „Cesara Battisti", Czerwonego Krzyża włoskiego i instytucyj przeciwgruźliczych w Rzymie; g. 19: Wyświetlanie filmów przeciwgruźliczych Dep. Zdrowia Publicznego we Włoszech. — 27 września. g. 8 m. 30: Referat i dyskusja na temat społeczny: Zapobieganie gruźlicy na wsi. Ref. dr. William Brand (Londyn); g. 11 m. 30: Odczyt na temat ubezpieczenia obowiązkowego przeciw gruźlicy we Włoszech; g. 14 m. 30: Ogólne zebranie Związku; g. 15: Zwiedzanie instytucyj przeciwgruźliczych w Rzymie; g. 18 m. 30. Odczyt na temat: Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. Prof. L. Brauer (Hamburg). — 28 września: g. 8 m. 30: Wyjazd specjalnym pociągiem do Anzio. Wycieczka do sanatorjum wojskowego. Posiłek w „Paradiso sul Mare"; g. 18: Powrót do Rzymu; g. 21: Wyjazd do Medjolanu. — 29 września: pobyt w Medjolanie. *Regulamin wewnętrzny VI Zjazdu.* Mówcy zapisani do dyskusji przed 15 września (w P. Z. P. przed 15 lipca) będą mogli mówić 10 minut, mówcy zapisani w dniu wygłoszenia referatu — 5 m. Streszczenie dyskusji będzie podane po każdem przemówieniu w języku używanym przez głównego referenta. Każdy mówca biorący udział w dyskusji jest proszony o złożenie do sekretarjatu Zjazdu w czasie posiedzenia tekstu lub streszczenia swego przemówienia. Sprawozdania z posiedzeń i dane statystyczne dostarczone przez związki przeciwgruźlicze z poszczególnych krajów będą zamieszczone w Biuletynie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Związek Międzynarodowy przyjął zasadę ze względów czysto praktycznych utrzymania języka francuskiego i angielskiego dla wydawnictw i dyskusyj, dodania dla dyskusji języka tego kraju, w którym się odbywa Zjazd oraz przyjęcia w dyskusji innych języków, zalecając jednak mówcom wybór jednego z wyżej wymienionych języków, by jaknajwiększa liczba słuchaczów mogła wziąć udział w obradach. *Zapisy na Zjazd* przyjmuje Polski Związek Przeciwgruźliczy (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15-go lipca r. b. — W charakterze członków Zjazdu mogą być przyjęte osoby nienależące do Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (lekarze i działacze społeczni na polu walki z gruźlicą), a polecone przez Departament Służby Zdrowia M. S. Wew. lub Polski Związek Przeciwgruźliczy. Wpisowe wynosi 50 złotych. Żony członków Zjazdu będą korzystały z tych samych ulg co i członkowie Zjazdu. *Wycieczki do sanatorjów włoskich* odbędą się po ukończeniu obrad Ziazdu. Program wycieczki jest następujący: 30-go września, Medjolan, Sondrio, Sanatorjum „Prosomaso", „Abetina", „Pinata di Sortenna", „Bormio"; 1-go października: „Stelvio Passo", lub Alto Adige, Meran. 2, 3, 4-go października: Pobyt w Meranie, wyjazd do Bolzano. 5-go października: Sanatorjum Griserhof, lub Nressanone. San. „Passo of Mendola", wyjazd do Arco. 6-go października: Powrót przez jezioro Garda do Medjolanu. Koszt wycieczki wynosi 350 lirów, udział należy zgłosić razem z zapisem na Zjazd. Liczba uczestników wycieczki została ograniczona do 300, zapisy będą przyjmowane w kolejności zgłoszeń. *Międzynarodowa wystawa przeciwgruźlicza* urządzona w Rzymie z okazji Zjazdu trwać będzie od 25-go września do 10-go października r. b. W wystawie przewidywany jest udział 35 państw, członków Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. P. S. Informacyj szczegółowych udziela Polski Związek Przeciwgruźliczy, Warszawa, Chocimska l. 24.

Zwyczajem dorocznym w Szpitalu Morskim w Berck Playe, odbędzie się w czasie od 16 do 28 lipca serja 13 wykładów z zakresu gruźlicy stawowokostnej i gruczołowej oraz z zakresu ortopedji praktycznej. Na czele wykładających stoi dr. Sorrel, szef szpitala. Wykłady odbywać się będa w porze popołudniowej, godziny ranne będą poświęcone na zajęcia praktyczne: badanie kliniczne, operacje, fabrykowanie przyrządów ortopedycznych, pracownie. — Opłata za cały kurs wynosi 250 franków. Bliższych szczegółów udziela Dr. Delahaye (Hopital Maritime Berck Playe. P. de C.).

Redakcja otrzymała.

Akademja ku czci pamięci Rektora Józefa Brudzińskiego w X rocznicę jego śmierci. Warszawa 1928. — Odb. z „Pedjatrji Polskiej", tom VIII, zeszyt 2, 1928.

Gustaw Raciążek. „Gościec — współzawodnikiem gruźlicy". Odb. z „Warszawskiego czasopisma lekarskiego", nr. 11 z r. 1928.

J. Cellarek i S. Saski: „Badania nad uodpornianiem anatoksyną tężcową". Nakładem Bibljoteki oficerskiej Szkoły sanitarnej. Warszawa 1928.

M. Okolska i S. Saski: „Sprawozdania z badań nad szczepem B. C. G.". Odb. z Warszawskiego czasopisma lekarskiego.

Dr. R. Sabouraus: „Pyodermitis et eczémas". Masson et Cie, Paris 1928.

Traité de physiologie normale et pathologique. Masson et Cie, Paris 1928. Tome III. „Physiologie du foie et de l'appareil urinaire". per M. M.: M.. Chiray, L. Cuénot, Ch. Dubois, J. Pavel, F. Rathery, G. H. Roger.

Tome IV. „Les sécrétions internes" per M. M.: J. E. Abelous, R. Argaud, M. Garnier, I. I. Gournay, E. Hédon, L. Huguenin, M. Laignel-Lavastine, I. Parisot, G. Richard, G. Roussy, L. C. Soula, A. Tournade, R. A. Turpin.

Narkose und Anaesthesie, Jahrg. I. Heft 5, 15 Mai 1928.

I. Śniegowski — „O rozpoznawaniu i leczeniu rzerzączki". Bibljoteka medycyny praktycznej. Nr. 1. Poznań 1928.

Dr. I. Duyck „L'autotherapie pleurale dans les pneumococcies tropicales au Congo Belge". Notes de chimique et de thérapeutique. Extrait du Journal des sciences médicales de Lille Nr. des 22 et 29 Avril 1928.

Lambling André „Les tumeurs villeuses du rectum". Masson et Comp. Paris 1928.

Terrien F. „Sémiologie oculaire". Statique et dynamique oculaires. Masson et Cie Paris 1928.

WALNE ZGROMADZENIE DELEGATÓW TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH B. GALICJI, odbędzie się we Lwowie dnia 8 lipca 1928, o godzinie 16-tej w Poliklinice, ul. Lindego 5. Porządek Obrad: 1) Odczytanie protokółu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Prezesa Rady. 3) Sprawozdanie Skarbnika. 4) Sprawozdanie Komisji Szkontrującej. 5) Wybór Członków Rady. 6) Wnioski i interpelacje. R. RENCKI, prezes. A. SABATOWSKI, sekretarz.